

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°
208

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Edmond GAYE** ✠

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ESSAI

SUR

LA SYPHILIS RURALE

SA FRÉQUENCE — SES FORMES — SA PROPHYLAXIE

Président : M. WIDAL, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

208

208

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

80

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Edmond GAYE ✕

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ESSAI

SUR

LA SYPHILIS RURALE

SA FRÉQUENCE — SES FORMES — SA PROPHYLAXIE

Président : M. WIDAL, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
Assesseur	G. POUCHET
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	X...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRÉNANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique propédeutique	SERGEANT

Agrégés en exercice.

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVI-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS	OKINCZYC	
	TINE		
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-ŒUR

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A M. le Professeur WIDAL

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur de présider cette thèse.*

A M. le D^r LEREDDE

*Qui m'a guidé dans mon travail te
qui a toujours été pour moi le plus
bienveillant et le plus amical des
maîtres.*

A M. le D^r ETIENNE

*Qui a découvert la syphilis rurale
et sa fréquence et à qui je dois
la documentation clinique de ce
travail.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur DIEULAFOY (*in memoriam*)
(Stage bénévole)

Stage

M. le Professeur BERGER (*in memoriam*)
(Hôpital Beaujon)

Externat

M. le Professeur LEGUEU

M. le D^r CATHELIN
(Hôpital Necker)

Service du Professeur GUYON

M. le D^r COURTOIS-SUFFIT
(Maison Dubois)

M. le Professeur agrégé PICQUE
(Hôpital Bichat)

M. le Professeur agrégé WALLICH

M. le Professeur agrégé LÉVY
(Clinique Baudelocque)

Service du Professeur PINARD

A MES AUTRES MAITRES

MM. les D^{rs} NOGUÈS, RIBIERRE, DESJARDINS
TREMOLIÈRES, BOURGEOIS, C. SPENGLER

AVANT-PROPOS

La médecine idéale serait évidemment celle qui permettrait à tout médecin de rapporter chaque effet pathologique à sa cause déterminante et d'opposer à cette cause une thérapeutique et une prophylaxie victorieuses. Malheureusement nous sommes encore loin d'atteindre cet idéal, même en ce qui concerne les infections, car si, depuis Pasteur, la lumière projetée par les découvertes de la parasitologie et de la médecine expérimentale a dissipé de nombreuses obscurités relatives à l'étiologie de ces infections, si on a pu établir contre plusieurs d'entre elles des traitements curatifs et même préventifs, nous ne connaissons pas encore exactement tous les syndromes cliniques qu'elles peuvent réaliser. Et c'est justement sur cette recherche que doit porter de plus en plus l'effort médical moderne.

A la vérité, cet effort n'est pas nouveau. De tout temps et à mesure que l'observation anatomo-clinique enrichissait la nosologie de syndrômes de mieux en mieux précisés, les médecins ont été préoccupés d'étiologie. Mais on ne peut nier que l'étiologie soit restée très en retard sur l'anatomie pathologique et la clinique car elle n'a pu toujours, comme ces dernières, s'appuyer sur des faits objectifs. La nature même des problèmes qu'elle cherchait à résoudre l'a obligée à

procéder souvent par hypothèses et à progresser par substitution de conceptions plus précises à des conceptions moins précises, l'idée la plus avancée étant souvent, comme dit Renan, l'idée la plus vraie et la plus viable. Conçues et proposées par des maîtres éminents et justement vénérés, ces hypothèses devaient trouver dans l'esprit des disciples, généralement plus enclin à la foi qu'au doute, un accueil d'autant plus favorable qu'elles apportaient, à défaut de certitude scientifique, une explication plus ou moins plausible. Plusieurs d'entre elles sont devenues de véritables doctrines étiologiques et bien que ces doctrines n'invoquent le plus souvent que des causes occasionnelles, adjuvantes ou médiate, elles semblent satisfaire leurs adeptes à tel point que la seule recherche importante, celle des causes déterminantes, paraît quelquefois négligée. Cependant, l'étude des divers syndrômes qui peuvent traduire une infection aiguë nous a prouvé que la conception ancienne de la maladie locale, d'origine endogène — et quelquefois métaphysique — ne saurait survivre à la conception pastorienne de la maladie localisée, d'origine exogène. Rien n'autorise à penser que ce qui est vrai pour les infections aiguës ne le soit pas également pour les infections chroniques, la syphilis en particulier. Et pourtant, lorsque les syphiligraphes s'efforcent de délimiter le domaine de l'infection spirillaire en se basant sur des faits d'observation analogues à ceux qui ont permis d'établir le domaine des diverses infections aiguës, il semble que leur effort paraisse déplacé ou même révolutionnaire. Pour s'en convaincre, il suffit

de jeter un rapide coup d'œil sur les luttes qu'ils soutiennent depuis quarante ans environ pour faire admettre leurs idées.

*
* *

Lorsqu'en 1882, Fournier, se basant sur la grande fréquence de quelques syndromes, notamment du tabes, chez les syphilitiques (85 %) et l'amélioration des symptômes par le traitement mercuriel, déclara, d'une manière peut-être prématurée, que le tabes était « de provenance et de nature syphilitique (1), il se heurta immédiatement à la résistance de l'école de la Salpêtrière alors représentée par Charcot et ses élèves. Une doctrine anatomo-pathologique voulait alors que toute lésion syphilitique eut la structure des lésions tertiaires de la peau. Or, les lésions nerveuses du tabes n'avaient pas cette structure. Donc, le tabes ne pouvait être syphilitique.

Fournier eut beau faire appel de ce syllogisme redoutable, le silence seul lui répondit. C'est en vain que l'on cherche dans la collection du *Progrès Médical* de l'époque, organe de l'Ecole neurologique, un seul article de critique ou de discussion signé d'un neurologiste (2).

En 1894, déçu par des résultats thérapeutiques négatifs

1. Fournier. *L'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Paris, Masson, 1882.

2. On parle bien quelquefois d'hérédité névropathique, familiale surtout, comme dans un article de Ch. Féré du 11 novembre 1882 à propos de l'ataxie locomotrice, de la maladie de Friedreich de la sclérose diffuse de la moelle et du bulbe, mais on ne prononce pas le mot de syphilis.

tifs dans les tabès anciens quoique certains dans les tabes en phase d'évolution active, effrayé des conséquences désastreuses pour les malades de l'inertie des neurologistes, désireux enfin d'attirer l'attention du monde médical sur le rôle nosogène de la syphilis, Fournier revient sur ses déclarations de 1882 et invente le mot « parasymphilis » pour désigner une série de syndromes et de dystrophies (hystéro-neurasthénie, tabes, paralysie générale, méningite, malformations organiques, cachexie native, hydrocéphalie... etc.) d'origine mais non plus de nature syphilitique et incurables par le traitement iodo-mercurel (1). Chose curieuse, capitulant devant une doctrine anatomique il crée à son insu une doctrine clinique, une sorte d' « Immaculée conception » pathogénique. Cette doctrine nouvelle, conçue par un maître éminent, eut un succès d'autant plus grand qu'elle ne heurtait de front aucune théorie en vogue et ne portait ombrage à aucune école. Elle rallia la presque unanimité.

En 1903, Leredde publia son ouvrage sur *la nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale* établissant le bien fondé des premières déclarations de Fournier et concluant, preuves en main, que si la nature spécifique du tabes et de la paralysie générale avait été méconnue, c'est parce que les histologistes avaient cru pouvoir affirmer au nom de l'anatomie pathologique que leurs lésions n'étaient pas syphilitiques alors que leur nature était inconnue et

1. A. Fournier. *Les affections parasymphilitiques*. Paris, Rueff, 1894.

que si le traitement avait été jugé inefficace, c'est parce qu'on ne l'avait pas entrepris avec assez de vigueur ni poursuivi assez longtemps (1).

Ces conclusions ouvrirent à nouveau les hostilités un moment suspendues par la transaction diplomatique de la parasymphilis. A nouveau, neurologistes et psychiatres s'insurgèrent mais cette fois la lutte reprit surtout sur le terrain thérapeutique. Si l'on veut surprendre le degré de passion des adversaires, il suffit de relire le compte rendu des séances de la section de neurologie au Congrès international de médecine réuni à Lisbonne en 1906. Raymond, traitant des dangers de la médication mercurielle intensive dans le traitement de la paralysie générale met en garde les médecins contre les risques de toute sorte qu'ils courent, y compris la poursuite devant les tribunaux. Et Dupré renchérit par cette conclusion qui paraît pour le moins animée vis-à-vis des syphiligraphes d'une confraternité peu bienveillante : « Il faut épargner aux paralytiques généraux une intervention médicamenteuse qui constitue non seulement une erreur thérapeutique mais encore une mauvaise action morale. »

Toute cette résistance a peut-être retardé la victoire des conceptions de Fournier ; elle ne l'a pas empêchée. La puissance des doctrines est telle que de nos jours, malgré les faits cliniques, malgré les résultats thérapeutiques, malgré les recherches probantes de Berto-

1. Leredde. La nature syphilitique et la curabilité du tabès et de la paralysie générale. Masson éditeur, Paris, 1903.

lucci, de Marie, de Levaditi, établissant la signature microbiologique des lésions, on rencontre encore des médecins éclairés qui, poussés dans leurs derniers retranchements, ne peuvent se résoudre à capituler. C'est ainsi qu'on peut lire dans *La Presse Médicale* du 31 août 1921 un article de L. Marchand, médecin-chef de la Maison nationale de Charenton, où l'auteur conclut : « On en arrive à se demander si la paralysie générale qui survient chez des syphilitiques n'est pas due à un agent infectieux autre que le tréponème et si ce dernier ne se trouve dans le cerveau des paralytiques généraux que comme microbe secondaire associé (1). »

Ce sont là, sans doute, les dernières cartouches d'une bataille qui finit, tout au moins pour le tabes et la paralysie générale. Mais la lutte se poursuit sur d'autres terrains non moins âprement défendus.

S'agit-il d'hérédité, les syphiligraphes se heurtent aux doctrines des dystrophies non microbiennes, des stigmates de dégénérescence expliqués par un état diathésique maternel ou simplement paternel déterminant, au moment de la fécondation, ce qu'Apert a appelé la « maladie du germe ». Pour Variot, le rachitisme est une dystrophie associée à une hypotrophie due à une alimentation défectueuse du nourrisson. Et cependant, dès 1875, Parrot avait affirmé l'origine syphilitique du rachitisme et en 1921, le professeur Marfan renouvelle

1. L. Marchand. Considérations pathogéniques sur la paralysie générale. *Presse Médicale*, août 1921.

une de ses anciennes conclusions à savoir que « la fréquence de la syphilis chez les rachitiques apparaît de plus en plus grande » (1).

S'agit-il d'affections de l'enfance, quelle est la part de la syphilis dans les méningites qui ne sont dues ni à un traumatisme, ni à une infection aiguë ou chronique autre que l'infection spirillaire ? Quelle est même sa part dans certaines méningites tuberculeuses ? Car les travaux du professeur Hutinel nous ont appris que la méningite tuberculeuse est souvent secondaire à une méningite syphilitique méconnue et non traitée. Quelle est sa part dans les convulsions ? Doit-on seulement attribuer ce syndrome à une névrose dominée par l'hérédité neuro-pathologique, comme le veut Comby, ou faut-il encore, avec Variot, invoquer « l'aptitude convulsivante » de Joffroy ? Pour un esprit moins respectueux que le nôtre cette « aptitude convulsivante » pourrait rappeler un peu la fameuse *virtus dormitiva* de l'opium dans le Malade imaginaire. Quelle est la part de la syphilis dans la maladie de Little, l'hémiplégie, la démence précoce, l'épilepsie, l'idiotie, les dystrophies endocriniennes, les scléroses broncho-pulmonaires, l'incontinence d'urine, les cris nocturnes du nourrisson... etc. etc. ? Un article du Dr Blechmann (2) nous montre que plusieurs médecins et non des moindres, puisque nous trouvons parmi eux les professeurs Huti-

1. Marfan. Le cranio-tabes des nourrissons et ses rapports avec le rachitisme syphilitique. *Paris Médical*, 24 décembre 1921.

2. Blechmann. Comment reconnaître ou traiter la syphilis héréditaire du nourrisson. *La Médecine pratique*, décembre 1921.

nel et Marfan, le D^r Pr. Merklen, reconnaissent la part prépondérante du tréponème dans l'étiologie de ces affections. Pourquoi, dès lors, le D^r Blechmann traite-t-il de « néo-pédiatres » les syphiligraphes qui sont arrivés à des conclusions identiques et leur reproche-t-il, suivant le mot de M. Jean Hallé, un « raid » aventureux dans la pathologie de la première enfance ? (1).

S'agit-il d'affections mentales, quelle est la part de la syphilis dans celles de ces affections qui ne sont dues ni à un traumatisme, ni à une intoxication, ni à une affection aiguë ? Existe-t-il réellement des psychoses *sine materia* attribuables soit à la dégénérescence, soit à l'hérédité vésanique, soit à la prédisposition, soit à des troubles constitutionnels de l'émotivité, soit à des états passionnels ? Autant de doctrines dont quelques-unes ont trouvé parmi les psychiatres d'éloquents défenseurs, comme la dégénérescence en Magnan par exemple. Sans doute cette dégénérescence, cette hérédité sont des faits. Sont-elles des causes ? Les statistiques de Noguchi, de Mackensie et d'A. Marie avec Levaditi, concluent à 25 séro-réactions positives sur 100 aliénés non paralytiques généraux. Ce qui, en tenant compte des paralytiques généraux et des héréditaires ou même des acquis avec séro-réaction négative donne une proportion certainement supérieure à 40 %. Les psychiatres, eux, parlent de 10 syphilitiques sur 100 aliénés. Il serait pourtant, intéressant, semble-t-il, de connaître exacte-

1. Blechmann. Le traitement mercuriel chez l'enfant du premier âge. *Concours médical*, juin 1922.

ment l'importance étiologique de la syphilis dans les affections mentales car l'intérêt médical de cette question se double d'un intérêt social de premier ordre.

Au questionnaire des syphiligraphes posé par l'intermédiaire du Comité d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique aux psychiatres en 1922, une seule réponse, croyons-nous, a été faite jusqu'ici. Elle émane du D^r Benon, médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes. Encore cette réponse ne répond-elle rien de précis *car*, de l'aveu de son auteur, *les examens biologiques systématiquement pratiqués que nécessiterait une pareille enquête sont impossibles, paraît-il, étant donnée l'organisation actuelle des asiles* ! Le D^r Benon n'en conclut pas moins que, pour lui, sur 100 syphilitiques, 5 peuvent devenir des paralytiques généraux, 20 des psychopathes et des psychonévropathes, 5 des asthéniques, 5 des hypocondriaques non délirants et 10 des malades aliénés à placer dans un asile (1). Il ne nous dit pas sur quoi il se base pour établir ces évaluations très probablement hypothétiques. Car enfin, si sur 100 syphilitiques 10 deviennent des aliénés internables, comment se peut-il que sur 100 internés l'auteur ne compte que 10 malades dont les troubles mentaux sont d'origine syphilitique ? En réalité, la fréquence de ces troubles par rapport à l'ensemble des psychoses et démences traitées dans les asiles doit être infiniment plus grande que les psychiatres ne le croient.

1. Benon. Syphilis et pathologie mentale. *Journal des praticiens*, 22 avril 1922.



De tout ce qui précède, de bien d'autres faits encore, il semble résulter que c'est avec raison que les syphiligraphes attribuent à l'infection spirillaire un pouvoir nosogène de premier ordre. Mais alors, pourquoi leur en faire grief ? Pourquoi cette résistance plus ou moins ouverte mais réelle cependant — bien qu'elle paraisse faiblir aujourd'hui — non seulement de la part des neurologistes, des pédiâtres et des psychiatres mais aussi de la part des cardiologues, des gastrologues, des urologistes, etc... en un mot, des divers spécialistes ? Pourquoi leur reprocher avec un sourire parfois railleur, parfois commisératif, de voir la syphilis partout ? Pourquoi les accuser d'une sorte de « pansyphilisme » analogue au « pangermanisme » de l'Allemagne impériale ?

Loin de nous, bien entendu, la pensée de voir dans ce rapprochement autre chose qu'une analogie de termes et de comparer cette façon d'impérialisme médical à celui d'un Hohenzollern avide d'hégémonie, et de proies matérielles. La science est désintéressée : elle cherche à comprendre, non à prendre. Personne n'a jamais voulu faire aux syphiligraphes l'injure de les croire animés d'un esprit de conquêtes matérielles au profit de leur prestige ou de leurs intérêts professionnels. Une telle critique supposerait du reste chez leurs contradicteurs des sentiments de même ordre qu'il serait aussi injuste qu'inconvenant de leur prêter.

Mais peut-être reproche-t-on aux syphiligraphes un esprit de conquête scientifique tendant à accroître

démessurément le domaine de l'infection spirillaire ? Ils s'appuient cependant sur des faits d'observation de même valeur que ceux qui ont permis aux phthisiologues de délimiter le domaine de la tuberculose ou aux pathologistes d'établir les syndromes nombreux et variés qui peuvent traduire telle ou telle infection aiguë. Si ces faits sont mal interprétés, il est loisible à chacun de démontrer l'erreur d'interprétation. S'ils sont exacts, il serait peu scientifique de les nier et de taxer d'impérialisme ceux qui les constatent.

*
**

A ce compte, combien d'autres médecins pourraient encourir le même reproche !

Que penser, par exemple, des déductions de Stephen Chauvet sur le rôle pathogénique prépondérant du système nerveux non seulement dans les cardiopathies et les affections de l'appareil digestif mais encore dans les affections de tous les autres organes ? A l'en croire, les deux cinquièmes des maladies en général seraient dues à des maladies du névraxe et lorsque la pathologie du système sympathique aura été élucidée, « ce jour-là, écrit-il, la neurologie aura envahi outre son domaine particulier presque toute la pathologie générale (1) ».

Que penser des déductions de Robert Leroux relatives aux effets de l'obstruction nasale ? Pour lui, cette obstruction pourrait provoquer ou faciliter des troubles

1- Stephen Chauvet. Considérations générales théoriques et pratiques sur la neurologie. *Monde médical*, 1/15 janvier 1921.

gastro-intestinaux variés, notamment l'entérite et l'appendicite en favorisant l'infection du système lymphatique ; des altérations de la nutrition générale par hypohématose et anoxhémie ; des déformations du thorax type Robert ou type Cambron, de la face et de l'appareil dentaire, de la colonne vertébrale ; des affections pulmonaires diverses, tuberculose, emphysème, asthme, par rhino-bronchites descendantes (1).

Que penser du rôle pathogénique considérable que selon Léopold Lévi et H. de Rothschild il faudrait attribuer au mauvais fonctionnement des glandes endocrines et particulièrement du corps thyroïde ? De l'ouvrage remarquablement documenté de ces auteurs (2), il résulte que le neuro-arthritisme, expression consacrée par l'école de la Salpêtrière, représenterait un *tempérament* très répandu et qui se traduirait par une longue série d'accidents ou de syndromes tels que : migraines, névralgies faciales, sciatiques ou intercostales, rhumatisme chronique, goutte, entérite muco-membraneuse, myxœdème, obésité, diabète, asthme, troubles vaso-moteurs divers (erythromélgie, syndrome de Raynaud etc.) calvitie précoce, séborrhée, acné, retards de l'évolution dentaire et défauts de la dentition, neurasthénie, psychasthénie, hystérie, états émotifs et toute une série de dermatoses variées (eczéma, urticaire chronique, psoriasis, sclérodermie, herpès, dermatoses bulleuses, ichtyose, etc.)

1. Robert Leroux. L'obstruction nasale. La consultation. Décembre 1922.

2. Léopold Lévi et H. de Rothschild. Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines. Paris, Doin, 1911.

De sorte que ces auteurs peuvent écrire : « Etant donné le rôle que jouent les glandes endocrines dans les actes nutritifs, le fonctionnement du système nerveux et des viscères, il n'est pas pour ainsi dire d'état, qu'il soit aigu, qu'il soit chronique, qu'il soit infectieux, qu'il soit toxique, qu'il soit physiologique, qu'il soit pathologique, dans lequel il ne faille se poser la question de l'état fonctionnel de ces glandes. »

Nous sommes d'autant moins enclin à contester ces considérations pathogéniques que de tous ces accidents ou syndrômes il n'en est pas un seul que l'on n'ait souvent observé chez des syphilitiques et que, d'autre part, nous savons combien fréquemment la syphilis frappe les glandes endocrines.

Nous ne contestons pas davantage les conclusions de Stephen Chauvet et de Robert Leroux. Si nous les avons reproduites, ce n'est pas pour faire à leurs auteurs le même procès de tendance dont nous sentons trop l'injustice quand il s'agit des syphiligraphes. Nous avons seulement voulu montrer par des exemples combien l'esprit de recherche prend souvent l'apparence d'un esprit de conquête alors qu'il n'est animé, chez tout médecin préoccupé de progrès scientifique, que du désir légitime de voir plus loin et de comprendre davantage.

Si la multiplicité des recherches exigées par l'étendue de la pathologie a nécessité une division du travail qui a conduit les médecins à spécialiser leurs efforts, par organes il ne s'ensuit pas que cette sorte de lotis-

sement du domaine médical doit être immuable et définitif et que les héritiers mieux éclairés n'aient pas le droit de déplacer les bornes des territoires scientifiques délimités par leurs prédécesseurs. Ce que nous savons aujourd'hui des grandes infections chroniques, tuberculose et syphilis surtout, semble au contraire prouver que ce compartimentage, logique et nécessaire autrefois, répond de moins en moins aux nécessités de la médecine moderne. L'anatomo-pathologie et la clinique devaient analyser. L'étiologie doit synthétiser. Il est fatal que les médecins dont le but est l'étude des infections chroniques empiètent de jour en jour davantage sur le domaine des médecins dont le but est l'étude des syndromes organiques. Mais cet empiètement ne signifie pas confiscation ; il est d'ordre théorique et non pas d'ordre pratique car phthisiologues ou syphiligraphes, ne pouvant être universels, auront toujours besoin des lumières des neurologistes, psychiatres, cardiologues, urologistes, etc. Le reproche d'impérialisme ne saurait donc leur être fait sans injustice.

Qu'il existe un être foncièrement impérialiste, avide de proies et d'autant plus insatiable qu'il se sent moins combattu, ce n'est hélas que trop exact. Contre lui, tous les efforts devraient se tendre en parfaite harmonie si des discussions doctrinales dont quelques-unes rappellent un peu les querelles abstraites des moines de Bysance au moment même où Mahomet plantait l'étendard du Croissant sur les murailles de la ville n'empêchaient l'union de se faire. Mais cet impérialiste n'est pas le syphiligraphe : c'est le tréponème.

ESSAI SUR LA SYPHILIS RURALE

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS DANS LES MILIEUX RURAUX

Dire de la syphilis qu'elle est de nos jours, en France, comme dans n'importe quel pays, la plus commune des affections chroniques, après ou avec l'infection gonococcique, c'est émettre une assertion banale et qui ne risque plus de rencontrer aujourd'hui beaucoup de contradicteurs.

Mais, devant l'indéniable facilité de contamination qu'offrent les grandes villes, un grand nombre de médecins pensent encore que la population rurale paie à ce fléau un tribut bien moins lourd que celui que lui paie la population urbaine. C'est là, croyons-nous, une hypothèse dont l'optimisme réconfortant masque mal la fragilité. Nous verrons plus loin qu'en fait, les résultats fournis par l'observation clinique détruisent cette hypothèse. Mais, dès à présent, il nous suffira de jeter un rapide coup d'œil sur les modifications imprimées à la vie de nos campagnes par des facteurs sociaux

de toute sorte pour que, même théoriquement, elle nous paraisse insoutenable.

Q'autrefois, avant le développement continu qu'ont pris depuis un siècle les moyens de communication, avant l'ère industrielle contemporaine, avant le service militaire obligatoire, la syphilis ait été relativement rare dans nos campagnes où les familles sédentaires se déracinaient peu du sol natal, c'est à la rigueur une conception possible, bien qu'en réalité cet isolement paraisse plus fictif que réel dans un pays comme le nôtre qui fut continuellement traversé, au cours de sa longue histoire, par des courants ethniques aussi variés que nombreux. Rien que depuis la Révolution de 1789 nous avons subi trois invasions, fait la guerre dans presque tous les pays d'Europe, promené notre pavillon sur toutes les mers et colonisé dans toutes les parties du monde. Depuis cinquante ans la caserne d'une part, l'usine d'autre part drainent vers les villes d'énormes contingents en majeure partie ruraux. En outre, l'accroissement de la classe bourgeoise, en grande partie citadine, a eu pour conséquence l'accroissement proportionnel du nombre des gens de maison, hommes et surtout femmes, recrutés presque exclusivement parmi les paysans. Dès lors, si l'on réfléchit à la fréquence de la syphilis dans les agglomérations industrielles, les ports, les villes de garnison ; si l'on pense à l'inefficacité des mesures prophylactiques employées sans plan d'ensemble, sans discipline et souvent sans foi ; si l'on songe enfin au grand nombre d'hommes et de femmes contaminés, revenus temporairement ou défi-

nitivement dans leur village originel insuffisamment traités ou pas traités du tout, on est en droit de supposer que la syphilis a dû se propager dans la population rurale dans des proportions presque aussi grandes que dans la population urbaine et ceci, dès avant la guerre.

Mais que penser aujourd'hui, après le plus formidable déplacement de peuples qu'ait enregistré l'histoire ! Pendant plus de quatre ans, la France a vu son territoire entier envahi par des armées venues des cinq parties du monde, formées d'hommes appartenant à toutes les races dont certaines — comme celles de l'Inde ou de l'Afrique septentrionale — comptent parmi celles où le tréponème pullule le plus (1). Est-il possible d'admettre qu'en dépit des consignes les plus sévères, de la surveillance la plus attentive, ces troupes, souvent cantonnées pendant des mois à l'intérieur même de notre pays, en pleine campagne, n'aient pas contaminé nos milieux ruraux dans des proportions considérables ? De nombreux syphiligraphes n'ont pas hésité à prononcer le mot d'épidémie et ce terme ne paraît pas exagéré quand on pense que Leredde, s'appuyant sur des chiffres de Pautrier, a pu évaluer à 600.000 ou 800.000 le nombre des syphilitiques nouveaux en France de 1914 à 1918 (2). Quand un fléau d'une telle envergure s'abat sur une population aussi brassée et remuée en tous sens pendant quatre ans, il est légitime de conclure qu'il s'est étendu sur elle d'une façon uniforme et qu'ac-

1. Lacapère estime que la population du Maroc est contaminée dans la proportion de 70 %.

2. Leredde. Société Française de dermatologie. Mai 1919.

tuellement la campagne est aussi frappée que la ville.

Dans son *Bilan social des affections vénériennes* (1). Dujardin admet qu'avant la guerre il y avait en France 3 millions de syphilitiques environ (syphilis acquises seules). En ajoutant à ce chiffre les 700.000 syphilitiques nouveaux de la période des hostilités (chiffre moyen de Leredde) on obtient le total de 3.700.000. D'autre part, le retour à la France des provinces perdues en 1870 accroît notre population de 1.800.000 âmes. Si l'on admet les évaluations de Blaschko (cité par Dujardin) qui concluent à 11,5 syphilitiques pour 100 habitants en Allemagne avant la guerre, il y aurait 200.000 syphilitiques environ en Alsace-Lorraine, qui, joints au 3.700.000 déjà comptés nous donnent le total général de 3.900.000 syphilitiques actuels (S. acquises) en France.

Reste à évaluer la part qui revient dans ce chiffre, aux milieux ruraux. Nous espérons qu'on ne trouvera pas excessif que nous considérions comme rurales les agglomérations de moins de 15.000 habitants. Dès lors, nous avons recensé dans le dénombrement de 1921 dressé par le ministère de l'Intérieur la population de toutes les villes de 15.000 habitants et plus — soit 11.990.035. En retranchant ce chiffre de celui de la population totale — à savoir 39.209.776 — nous obtenons la différence de 27.219.741, soit 27 millions en chiffre rond, qui représente la population rurale de notre pays.

1. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1919.

Si nous admettons d'une part que la syphilis est uniformément répandue dans notre peuple et d'autre part qu'elle atteint 3.900.000 français sur 39 millions, c'est-à-dire 1 sur 10, il faut en conclure que sur 27 millions de ruraux il y a environ 2.700.000 syphilitiques. (S. acquises). Encore ce chiffre est-il de beaucoup trop faible parce que basé sur des évaluations qui ne peuvent tenir compte de la fréquence de la syphilis héréditaire laquelle apparaît aujourd'hui comme au moins égale sinon supérieure à celle de la syphilis acquise. Nous croyons rester au-dessous de la réalité en disant que la population rurale française comprend au minimum 5 millions de syphilitiques.

Cependant, beaucoup de praticiens exerçant la médecine à la campagne prétendent que la syphilis est relativement rare dans leur clientèle. Loin de nous la pensée de critiquer la valeur professionnelle de ces médecins qui sont aînés, dont un grand nombre ont la réputation de cliniciens excellents et qui, tous, ont été formés par des maîtres français dont l'enseignement est réputé le meilleur du monde. Mais leur affirmation se heurte à l'affirmation diamétralement opposée d'autres praticiens de campagne, de valeur scientifique et clinique égale qui, eux, prétendent rencontrer à chaque pas la syphilis. Nous examinerons plus loin les observations recueillies par l'un d'eux. Devons-nous supposer — ce qui, a priori, paraît invraisemblable que la région où ces observations ont été prises est une région exceptionnelle à isoler pathologiquement du reste de la France? Assurément non. D'où vient alors

que la syphilis rurale soit aussi méconnue par des médecins éclairés?

Cette question mérite un examen attentif, la portée sociale de ses conséquences ne pouvant échapper qu'à des yeux qui se refusent à voir. Personne ne conteste plus aujourd'hui que la syphilis soit la plus nosogène des infections. Il y a donc un intérêt urgent à la combattre et si possible à la supprimer. Sa part étiologique est considérable dans la morbidité générale (affections chroniques, folie, épilepsie, idiotie, arriération mentale, cécité, surdité, surdi-mutité, malformations congénitales, etc...). D'autre part, son influence sur la criminalité est certaine bien que mal connue encore (1). Elle est surtout un facteur redoutable de mort car non seulement elle tue dans une proportion à peu près égale les adultes et les enfants mais elle tue aussi notre race dans sa source même et ceci intéresse tout particulièrement notre pays où la natalité décroît d'une façon inquiétante.

Voici à ce sujet quelques renseignements empruntés au travail de Leredde sur « la syphilis et l'organisation de la lutte anti-syphilitique (2). »

Tout d'abord, la syphilis serait une cause importante de stérilité (40 % d'après Hata).

Ensuite, elle déterminerait, tant au cours de la gestation qu'au cours de la parturition, au moins la moitié des cas de mortinatalité, soit 19.320 par exemple dans

1. Sur 941 criminels de 16 à 26 ans, Smalley compte 16,25 % d'hérédosyphilitiques, (in Dujardin, *loc. cit.*)

2. Bibliothèque du musée social. Plon-Nourrit 1922.

l'année 1920 (conclusions du professeur Couvelaire).

De plus, un assez grand nombre de nouveaux-nés ne tarderaient pas à succomber (29 sur 175). De sorte que l'auteur peut conclure, tant d'après la statistique de Harman que de la sienne avec Drouet, que sur 1.000 grossesses chez des femmes syphilitiques, 400 aboutissent à une fausse couche, à un mort-né ou à un mort en bas âge.

Quant à la mortalité de la première et de la seconde enfance, il admet que la syphilis tue 40.000 enfants par an (1).

Pour les adultes, il arrive à un chiffre légèrement supérieur sans tenir compte des cas de cancer dont il est possible que la syphilis soit la cause la plus fréquente. (Le cancer de la langue notamment se développerait 95 fois sur 100 chez des syphilitiques.)

Donc, au total, la mortalité annuelle en France par

1. Pour le professeur Bayet, de Bruxelles, l'influence de la syphilis sur la descendance serait encore plus néfaste. D'après sa statistique, sur 100 femmes syphilitiques mariées depuis plus de trois ans, 60 seulement ont été enceintes.

Sort de la descendance :

Fausses couches. 28 %

Morts dans les deux premières années de la vie 42 %

Enfants survivants âgés de plus de 2 ans. . . 50 %

Sort des survivants :

Anormaux et morts jeunes 20

Normaux 10

Donc, 100 femmes syphilitiques après au moins trois ans de mariage ont mis au monde 6 enfants normaux.

La lutte mondiale contre le péril vénérien :

Le bulletin médical, 21-24 mars 1923.

syphilis dépasserait le chiffre de 80.000, chiffre officiellement admis par la commission des maladies vénériennes du ministère de l'Hygiène.

De pareilles évaluations ont plus d'éloquence que n'importe quel commentaire. L'avenir de notre pays, surtout agricole, est intimement lié à la santé physique et morale des milieux ruraux qui forment plus des deux tiers de sa population. Si l'on réfléchit que ces milieux, moins prolifiques sans doute que les milieux ouvriers mais beaucoup plus que les milieux bourgeois, constituent notre grande réserve d'hommes et d'énergies productives, on conçoit combien il est important de les guérir et de les préserver d'un fléau qui, autant sinon plus que la tuberculose et l'alcoolisme, les décime et s'étend chaque jour davantage. Ce beau rôle incombe aux médecins de campagne mais — conditions fondamentales — il faut qu'ils veuillent chercher le mal, l'attaquer sans mollesse et donner à leurs malades la direction morale indispensable au cours d'un traitement toujours long et quelquefois difficile. Il faut surtout que toutes les autorités politiques, scientifiques, intellectuelles ou morales de ce pays facilitent la tâche déjà ardue de ces médecins en obligeant l'Etat à mettre à leur disposition des moyens de recherche qui leur manquent généralement et en préparant l'opinion publique à comprendre la fréquence et la gravité du fléau.

APERÇU SUR LES FORMES CLINIQUES DE LA SYPHILIS

Parmi les raisons qui expliquent la méconnaissance de la syphilis rurale, deux surtout méritent d'être retenues car elles éclairent singulièrement ce débat.

La première, c'est que le praticien de campagne ne rencontre que très rarement la syphilis qui se voit, la syphilis externe, celle qu'il connaît bien pour l'avoir observée, étudiant, dans les services de syphiligraphie et qui se définit uniquement par ses seules lésions spécifiques. Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que le médecin de ville la rencontre très souvent. Rare chez les adultes, la présence de ces lésions externes l'est encore plus chez le nouveau-né. Leredde admet, par exemple, qu'un nourrisson sur 50 présente des lésions externes.

La seconde, c'est que lorsqu'il se trouve en face de la syphilis qu'on ne voit pas, il ne la reconnaît que dans un petit nombre de syndrômes tels que tabès, paralysie générale progressive, anévrisme aortique etc... dont l'étiologie syphilitique a été reconnue ou simplement admise — et souvent après quelles luttes — par les auteurs classiques qui ont présidé à sa formation médicale.

Mais quand il se trouve en face d'un de ces nombreux

syndrômes qu'en l'absence de toute étiologie nettement établie les traités de pathologie externe ou interne ont classé provisoirement avec une étiquette uniquement symptomatologique dans la très longue liste des affections autonomes formant une entité anatomo-clinique individualisée, son attention se concentre fatalement sur l'apparence clinique de ce syndrome et son esprit se déclare satisfait dès qu'il a pu trouver les éléments d'un diagnostic différentiel. Dès lors, par un déclanchement que rend presque automatique une longue pratique du métier il sait de quel pronostic et surtout de quelle thérapeutique est justiciable la maladie qu'il soigne. Quel pronostic plus sûr, quelle thérapeutique mieux dirigée et partant plus efficace dans bien des cas, s'il s'était imposé le souci du seul diagnostic qui importe pratiquement, celui vers lequel le monde médical moderne semble s'orienter de plus en plus, le diagnostic étiologique !

*
**

SYPHILIS ACQUISE RÉCENTE

Que le médecin ne rencontre que rarement à la campagne des syphilis récemment acquises, ce fait ne s'explique que trop quand on songe que d'une part les contaminations y sont beaucoup moins fréquentes que dans les villes, surtout dans les villes de garnison et les ports, et que d'autre part le paysan juge sans importance des symptômes qui troublent à peine son état général. Connaît-il la maladie qui l'atteint, il éprouvera souvent une

véritable répugnance à avouer un mal qu'une hypocrite et stupide pudeur a qualifié de « honteux ».

Il n'est pas utile de recourir à l'observation si documentée d'un Balzac, d'une George Sand ou d'un Zola pour savoir combien fréquemment, chez cet homme vigoureux et fruste, des qualités innées de notre race telles que l'endurance et l'économie ont pu se transmuier sous l'influence d'un travail exceptionnellement pénible et peu rémunérateur en mépris du mal physique et en avareice. Plus soucieux de la santé des animaux qu'il élève que de la sienne propre ou de celle des siens, le paysan appellera plus souvent le vétérinaire que le médecin et regardera moins à payer les honoraires du premier que ceux du second. Au surplus, il ne s'inquiétera que de quelques symptômes qui seuls ont de l'importance à ses yeux : la perte de l'appétit, des phénomènes douloureux, une impotence grandissante des membres, des troubles sensoriels. Le reste compte peu. Un chancre syphilitique surtout si ce chancre est nain ou même de dimensions moyennes ne lui paraîtra en raison de son indolence qu'un « bouton » ou une « écorchure » insignifiants. Et s'il survient de l'adénopathie consécutive, même volumineuse, cette adénopathie également indolore, ne l'inquiétera pas. Il ne s'alarmera davantage ni d'une roséole, ni de plaques muqueuses que, bien souvent, il ne verra même pas. Et s'il appelle le médecin à l'occasion d'une de ces myélites aiguës dont Barth et Léri ont déclaré la fréquence « considérable » dans la syphilis récente (1),

1. Barth et Léri. *Bulletin de la Société de neurologie*, mars 1913.

à l'occasion d'une paralysie ascendante aiguë ou à l'occasion de quelques troubles mentaux (hallucinations ou délire) précédant quelquefois la roséole, combien de fois le praticien pensera-t-il à la syphilis ? Combien de fois éclairera-t-il sa religion en pratiquant un Wassermann et en examinant le liquide céphalo-rachidien, examinons qu'il ne peut généralement pas faire d'ailleurs à l'heure actuelle ? Il ne faut donc pas s'étonner que le diagnostic de syphilis récemment acquise soit rarement fait à la campagne et que les accidents pathognomoniques primaires ou secondaires soient exceptionnellement constatés.

Et même si par hasard ils le sont, combien d'erreurs d'interprétation restent possibles ! Le diagnostic de chancre syphilitique est parfois très difficile quand ce chancre ne présente ni l'apparence, ni les caractères classiques (chancres nains, non indurés, mixtes, herpétiformes). Sans doute aujourd'hui l'erreur devrait être rare puisque, dans le doute, la recherche immédiate du tréponème est devenue d'une pratique courante. Mais cette recherche nécessite un outillage que le médecin de campagne ne possède pas et que les Pouvoirs publics ont le grave tort de ne pas avoir déjà mis à sa disposition, peu soucieux qu'ils sont d'une question prophylactique qui, malheureusement, ne constitue pas encore une plateforme électorale. En tous cas, l'examen du sérum sanguin prélevé après le 20^e jour devrait être de règle. (Là encore, la proximité d'un laboratoire sérieux dirigé par un sérologiste compétent est indispensable). Et si en cas de réaction Bordet-Wassermann négative

le praticien garde un doute, il devrait instituer au plus tôt un traitement d'épreuve qui, lorsqu'il est suivi de cicatrisation rapide des lésions externes, prend la valeur d'un symptôme pathognomonique et lui permettrait d'établir dans bien des cas son diagnostic.

SYPHILIS ACQUISE ANCIENNE

Ce diagnostic, assez rarement posé quand il s'agit de syphilis acquise récente, le posera-t-il plus fréquemment quand il s'agit de syphilis acquise ancienne ?

Ceci dépend avant tout de l'idée qu'il se fait de la syphilis — s'il croit — comme l'ont cru la plupart des syphiligraphes avant la découverte du tréponème, de la réaction de Bordet-Wassermann et des arséno-benzènes que la syphilis est une *affection* nettement définie par ses seules lésions spécifiques, externes ou profondes, cette spécificité devient son fil d'Ariane et il sait du même coup tout ce qui est anatomiquement syphilitique et tout ce qui ne l'est pas. Mais alors, cliniquement, son diagnostic ne peut plus emprunter de certitude qu'à la constatation de lésions spécifiques externes (exanthème du tronc, gomme, lésions papuleuses leur coplasie). Il a même le droit, en homme logique, d'être hésitant sur la nature syphilitique d'un tabès par exemple ou d'un anévrisme aortique puisqu'aucune de ces affections ne se révèle par des symptômes spécifiques apparents. C'est toute la discussion de 1883 entre Fournier et Charcot qui s'ouvre à nouveau dans son esprit. La clôra-t-il par la même transaction d'où naquit jadis

la théorie parasyphilitique. Nouveau sujet de perplexité car le mot « parasyphilis » n'implique que l'origine syphilitique d'une affection et non sa nature syphilitique. Et, bien entendu, aucun parallèle n'est possible entre la parasyphilis et les paratyphoïdes car s'il existe des bacilles paratyphiques il n'existe pas de paratréponèmes.

Mais si, au contraire, il est pénétré des idées pastoriennes qui, après avoir orienté la médecine vers la recherche des agents infectieux, l'incitent aujourd'hui à découvrir non seulement comment tel syndrome unique, l'angine par exemple, dépend d'étiologies microbiennes diverses mais encore comment des syndromes cliniques fort divers peuvent ne reconnaître qu'une seule et même étiologie, sa conception des origines pathologiques se simplifie singulièrement puisqu'il en arrive, en dernière analyse, à ne concevoir que trois facteurs pathologiques : les traumatismes, les intoxications et les toxi-infections (1).

Tout naturellement, il classe la syphilis parmi les maladies infectieuses et ne conçoit plus en elle de spécifique que le spirochète qui la provoque. Il comprend alors que cette *infection* peut évoluer comme n'importe quelle autre infection, d'une façon lente ou rapide,

1. A l'exception peut-être des grands vers parasites (plathelminthes ou némathelminthes) et de quelques arthropodes. Mais les affections qu'ils déterminent traduisant à la fois leur action traumatique, toxique et quelquefois infectieuse parce que bactérifère, il semble que la difficulté consiste plus à classer ces parasites dans l'une des trois causes pathogéniques susdites qu'à les considérer comme appartenant aux trois.

bénigne ou grave, localisée dans tel ou tel tissu, tel ou tel organe après avoir été généralisée d'abord dans tout l'organisme ; qu'elle peut emprunter de très nombreux masques cliniques et se traduire par la plupart des syndrômes pathologiques ; que, par conséquent, la véritable pierre de touche du diagnostic étiologique ne peut être exclusivement fournie par l'observation et la différenciation des symptômes cliniques mais qu'il doit, pour la posséder, recourir aux renseignements que lui donneront les commémoratifs, les méthodes de laboratoire et le traitement d'épreuve.

Dès lors, le bilan des affections qui peuvent être tributaires d'une syphilis acquise lui paraît bien plus considérable que celui qu'à pu établir Fournier lui-même car, depuis une dizaine d'années, d'innombrables observations augmentent sans cesse ce bilan. Il sait par exemple que le tabes, la paralysie générale, la sclérose en plaques, l'atrophie musculaire progressive, le syndrome de Brown-Séquard, ne limitent pas plus le domaine de la syphilis nerveuse que les palpitations, la tachycardie, l'artérite et l'anévrisme aortique ne limitent celui de la syphilis cardio-vasculaire ou le cirrhose à « foie ficelé » celui de la syphilis hépatique et qu'il faut comprendre encore dans ce domaine un nombre plus ou moins grand de myélites chroniques avec O. Weill (1) (51 fois sur 68 cas), d'épilepsies essentielles, de troubles mentaux de la période secondaire, avec Régis (2), d'hé-

1. O. Weill. Société des Sciences naturelles de Bruxelles. Juillet 1913.

2. Régis. *Précis de Psychiatrie*. Paris. Doin 1914.

morragies méningées avec Babinski ou cérébrales avec Dreesen et Joltrain (60 fois sur 100), de paralysies glosso-labio-laryngées avec Massary et Chatelain (1), d'arythmies matinales avec Leredde (2), d'insuffisances aortiques avec Laubry, d'angines de poitrine avec Josué (3), d'artério-sclérose avec Ledermann (13 fois sur 32 cas) de syndromes de Raynaud avec Giroux (4), d'ictères bénins avec Gaucher et Chauffard ou graves avec Comby et Milian et de cirrhose du type Laënnec ou du type Hanot avec Letulle et Bergeron (5). Et parmi les travaux concernant les affections d'autres organes combien de démonstratifs ! Entre autres par exemple, celui de Dufour et Thiers (6), qui sur 7 cas d'hydrocèle vaginale trouvent 7 fois la syphilis en cause ; celui de Marcel Block et Schulmann sur le zona (7) ou encore celui de Lévy-Franckel qui sur 13 cas de syndrome de Basedow obtint sous l'effet du traitement anti-syphilitique l'atténuation ou la disparition des symptômes dans 7 cas (8). Nous devrions aussi parler de quelques

1. Massary et Chatelain. Société de Neurologie, 1914.

2. Leredde. *Domaine traitement et prophylaxie de la syphilis*. Maloine. Paris, 1921.

3. Josué. *Paris médical*, 1919.

4. Giroux. Mal. de Raynaud et syphilis. *Annales des Maladies vénériennes*, 1913.

5. Letulle et Bergeron. Réaction de Wassermann et syphilis latente au cours de cirrhose et des néphrites chroniques. *Presse médicale*, 21 septembre 1912.

6. Dufour et Thiers. Société médicale des Hôpitaux, 23 janvier 1914.

7. M. Block et Schulmann. Les éruptions zostériformes épisodiques au cours des méningites syphilitiques. Soc. méd. des hôpitaux, juin 1916.

8. Lévy-Franckel. Syndromes basedowiens au cours de la syphilis. *Annales des Maladies vénériennes*, 1911.

observations d'épithéliomas et de sarcomes, notamment d'une observation de Nicolas et Favre concernant un malade dont une omoplate fut enlevée chirurgicalement alors que d'autres tumeurs semblables que présentait également ce malade guérissent par le traitement anti-syphilitique.

On voudra bien excuser une telle énumération qui a le double défaut d'être longue et surtout incomplète. Nous ne l'avons faite que pour légitimer une opinion qui s'accrédite de jour en jour davantage à savoir : que le rôle de la syphilis dans l'étiologie des maladies chroniques est immense. Cette opinion qui se base sur la fréquente coexistence de ces maladies et de la syphilis devient une conviction lorsqu'on constate l'amélioration ou la guérison de l'affection — effet par le traitement de la syphilis — cause. Et si le praticien de campagne est pénétré de cette conviction, il trouvera en elle les ressources les plus utiles non seulement à l'exercice de son art mais encore au grand rôle social qu'il peut et doit vouloir jouer s'il désire faire œuvre à la fois de bon médecin et de bon Français.

HÉRÉDO-SYPHILIS

Combien plus utiles encore lui apparaîtront ces ressources si, non content de les appliquer au traitement des effets de la syphilis acquise il cherche à les employer contre toutes les affections que peut engendrer la syphilis héréditaire !

Encore faut-il qu'il soit convaincu — comme le sont aujourd'hui la plupart des pathologistes — que les maladies héréditaires aussi bien que les maladies acquises découlent des mêmes sources étiologiques et que les diathèses congénitales ne suffisent pas à elles seules à résoudre le problème de l'hérédité.

Sans doute ces diathèses peuvent préparer le terrain. Mais le micro-organisme spécifique garde toujours son rôle déterminant et sa nocivité sera d'autant plus forte qu'elle s'exercera sur un organisme plus vulnérable parce que taré ancestralement. Pourquoi, devant une dystrophie quelconque, ne penser qu'à une malformation d'hérédité embryonnaire alors qu'il paraît tout aussi légitime de penser à une hérédité fœtale et d'incriminer la vraie cause agissante apportée par la circulation placentaire ? Bien que le terme « dystrophie » implique encore pour beaucoup l'idée d'une hérédité non microbienne, il semble difficile d'expliquer la genèse d'une syphilis dystrophique si le tréponème ne passe pas de la mère à l'enfant à travers le placenta. Il n'y aura peut-être qu'une infection latente, mais il y aura infection.

Envisagé sous ce jour, le rôle de la syphilis héréditaire paraît considérable non seulement dans certaines dystrophies congénitales comme les malformations du crâne et du cœur, le rachitisme, le nanisme, le gigantisme et de nombreuses anomalies osseuses, mais encore dans certains arrêts ou retards de développement intellectuel, dans la démence précoce et surtout dans un grand nombre d'affections telles que les cirrhoses, l'ic-

tère, le diabète infantile, l'hémiplégie infantile, le syndrome de Little, la méningite, les adénopathies syphilitiques pseudo-tuberculeuses, les bronchites à répétition, l'asthme, l'emphysème, le pouls lent permanent, les affections valvulaires du cœur, l'angine de poitrine, l'entérite, l'appendicite, la kératite, les conjonctivites à répétition, l'otite, etc., etc.

Fait bien plus intéressant encore au point de vue de la pathogénie héréditaire, la même dystrophie, la même affection a été observée dans la même famille chez un grand nombre ou la totalité des descendants. Ce qui semblerait impliquer que non seulement l'hérédité comporte la transmission de l'infection ancestrale et la préparation du terrain entier à recevoir cette infection mais encore une sensibilisation élective de telle ou telle partie de ce terrain. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les dystrophies congénitales, Ed. Fournier cite une observation de Tarnowsky concernant quatre enfants, fils d'un tabétique, et dont trois présentent un bec de lièvre (1); une autre de Tuffier où deux enfants de syphilitique sont cryptorchides; une autre de Perrin où quatre enfants de syphilitique présentent un pied-bot. En ce qui concerne les affections congénitales, Baronneix et Tixier citent une observation de Vizzioli concernant quatre sœurs hérédos et atteintes toutes quatre de maladie de Little (2). Une observation de Hermet citée par

1. Ed. Fournier. *Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive*, Masson, 1907.

2. Baronneix et Tixier. *Hérédosyphilis et mal. de Little*. *Annales des Mal. vénériennes*, 1912.

Leredde concerne cinq enfants d'une femme mariée à un syphilitique et qui, morts à 5 mois, 8 mois, 6 mois, 18 mois, 15 jours, ont *tous* été atteints de convulsions (1). Enfin, dans une observation d'Etienne concernant un vieillard de 81 ans porteur d'un érysipèle développé sur des syphilis tertiaires de la face, on trouve dans l'enquête familiale que des dix enfants de ce malade, *tous* sont morts de méningite (la mère à 79 ans et est en bonne santé apparente).

De telles observations familiales, en dehors du grand intérêt scientifique qu'elles présentent par la lumière qu'elles projettent sur nos conceptions pathogéniques, ont un intérêt clinique immense car elles permettent, concurremment avec les observations de cas isolés, de soupçonner la fréquence considérable de la syphilis dans l'étiologie des syndromes congénitaux. Sans doute, est-il encore difficile d'apprécier exactement cette fréquence malgré les travaux nombreux des auteurs contemporains car il faut non seulement tenir compte des cas où l'infection syphilitique se manifeste par des signes certains mais encore de ceux où elle est probable ou possible. Tous les stigmates de la syphilis n'ont pas un caractère absolument pathognomonique comme la dent d'Hutchinson, le microdontisme, le sternum en entonnoir et, peut-être, le tibia en lame de sabre (2). Sans compter que le nombre d'hérédos sans stigmates est

1. Leredde. *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis*. Maloine, 1921.

2. Pour Etienne la rhénite du nourrisson aurait la valeur d'un stigmate pathognomonique.

grand (on peut il est vrai dans ces cas trouver quelquefois des stigmates chez les collatéraux).

D'autre part, en dehors des affections dont la syphilis est la cause unique comme le tabes par exemple, le départ étiologique entre la syphilis et une autre infection est souvent fort difficile en l'absence de caractères cliniques spécifiques. Les moyens de laboratoire eux-mêmes ne révèlent pas toujours la présence de l'infection spirillaire et leur négativité ne permet de rien nier. Dans ces conditions, on conçoit combien le diagnostic d'hérédo-syphilis est parfois difficile et quel concours précieux lui apporte la notion de syphilis familiale, cette notion impliquant dans l'esprit du médecin l'importance et souvent la nécessité de l'enquête familiale.

A vrai dire cette enquête familiale ne fournira pas plus d'éléments de certitude que n'en offrent la plupart des autres observations. Mais elle orientera l'attention du médecin vers une probabilité étiologique qui dans bien des cas lui sera précieuse. Encore faut-il qu'il sache et se rappelle à tout moment comme l'écrit Leredde (1) :

« 1° Que la femme d'un syphilitique doit être, *a priori*, considérée comme syphilitique, qu'il en est de même, *a priori*, de ses enfants, que toutes les affections locales dont souffrent les uns et les autres doivent être, *a priori*, attribuées au spirochète;

2° Que l'existence, dans une famille, chez un individu quelconque, de certaines affections chroniques permet,

1. E. Leredde. La syphilis ignorée et le diagnostic de la syphilis acquise. *Journal des praticiens*, nov. 1918.

à elle seule, d'affirmer ou rend vraisemblable l'existence de l'infection chez cet individu et peut, par suite, révéler l'origine d'une affection de cause indéterminée chez un autre individu de la même famille. »

Ceci légitime la nécessité d'un ensemble d'observations ou de renseignements portant non seulement sur tel malade isolé porteur d'une affection isolée, mais sur l'état de santé de ses ascendants, de ses collatéraux et de ses descendants.

Pour établir de telles observations, il est nécessaire que le médecin ait à portée de ses investigations des familles nombreuses et groupées. Où, mieux qu'à la campagne trouvera-t-il de semblables conditions ? A la ville, il est rare que le même médecin soit consulté par tous les membres d'une même famille en général fragmentée et peu nombreuse. A la campagne au contraire, le fait inverse est presque de règle et bien plus que le médecin des grandes villes, bien plus, *à fortiori*, que le syphiligraphe spécialisé qui, lui, ne voit que des malades sélectionnés, le praticien de campagne aura sous la main tous les éléments nécessaires à une telle synthèse étiologique.

Ainsi la constatation isolée d'une dystrophie quelconque, tel si l'on veut un pied-bot, qui n'aurait eu elle-même aucune valeur pathognomonique entraîne au contraire une présomption de syphilis héréditaire si elle se juxtapose soit à la constatation d'autres dystrophies ou stigmates chez des collatéraux, soit à celle de troubles jacksonniens frustes, d'une neurasthénie ou d'un vitiligo par exemple chez les enfants du malade,

soit à la notion de fausses couches répétées ou de grossesses gémellaires (surtout bi-vitellines) chez sa mère. Dès lors, orienté vers une possibilité d'infection spirillaire, quelquefois vers une probabilité, le médecin pourra, à la faveur d'un examen clinique plus complet et plus attentif, découvrir sur les divers appareils de son malade une ou plusieurs tares naissantes — donc, plus facilement guérissables — et qui auraient eu les plus grandes chances de passer inaperçues jusqu'au jour ou leur développement en aurait rendu la guérison impossible (1). Remontant alors vers la source de l'infection, il pourra souvent trouver chez un aïeul vivant une syphilis acquise jusqu'alors insoupçonnée. Or, des faits de ce genre ont un intérêt scientifique considérable, car ils permettent de conclure non seulement à l'existence de la syphilis de deuxième génération — établie aujourd'hui — mais encore à l'existence possible de la syphilis de troisième et même de quatrième génération.

A preuve le remarquable travail du professeur Audrain de Caen, sur les divers aspects de la descen-

1. Rappelons à ce sujet que toute suspicion de syphilis impose comme l'enseigne Leredde, non seulement l'examen complet de tous les organes et particulièrement du cœur, des yeux, des dents et des réflexes, mais encore celui du sang (Wassermann, Hecht et Jacobsthal) et en cas de réaction négative — ce qui est très fréquent chez les hérédos — au cas surtout où le malade présente des troubles nerveux, sensoriels ou mentaux, l'examen du liquide céphalo-rachidien (Wassermann, Tension, numération des leucocytes, dosage des globulines). Encore ce dernier ne fournit-il, Wassermann excepté, que des signes de méningite. Ce n'est qu'après que le traitement d'épreuve les aura modifiés que l'on sera en droit de conclure à la nature syphilitique de cette méningite.

dance en cas de syphilis ancestrale (1), travail unique dans son genre, croyons-nous, puisque les 30 observations familiales qui y sont présentées concernent le plus souvent trois, parfois quatre générations à travers lesquelles on peut suivre les manifestations les plus variées d'une hérédité morbide dont la nature syphilitique est établie soit par une lésion indiscutable chez un ancêtre, soit par des stigmates chez les sujets de première génération.

Des accidents survenus dans la descendance, presque tous sont admis par les syphiligraphes d'aujourd'hui comme pouvant appartenir à l'hérédité et nous craignons d'être fastidieux en les énumérant. Mais l'intérêt de cette étude réside surtout dans les vues nouvelles que les conclusions de l'auteur ouvrent sur l'évolution de ces accidents dans la descendance. Pour lui, leur localisation dans n'importe quel tissu ou viscère serait de règle à la première génération avec, souvent, transformation néoplasique, le néoplasme régressant parfois spontanément (ce qui serait un véritable critérium de son origine syphilitique) ou évoluant par étapes. De la deuxième génération les accidents seraient moins localisés sauf l'arthrite récidivante du genou, les adénomes du sein ou les érosions linguales et certaines affections du tissu lymphoïde telles que les végétations adénoïdiennes et l'appendicite. Au delà de la deuxième génération, on ne rencontrerait plus de localisation systé-

1. J. Audrain. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*. Février 1921.

matisée sauf au niveau des glandes endocrines (Kystes ovariens ou thyroïdiens, pancréatites, surrénalites).

D'autre part, ces lésions d'origine syphilitique seraient en général indolores, cette indolence décroissant comme leur localisation au fur et à mesure qu'on observe une génération plus éloignée.

Enfin il semblerait qu'on trouve quelquefois chez les hérédos un habitus d'énergie morale et de résistance physique très spéciale dû peut-être à une excitation fonctionnelle provoquée par une toxine spécifique. Cette excitation pourrait atteindre non seulement les systèmes organiques mais encore l'être psychique. D'où cette boulimie si fréquemment observée; ces retours de vigueur et d'énergie, souvent à la veille d'un accident grave, cette agitation, cette manie des grandeurs, cette exagération du moi, et peut-être aussi, dans une certaine mesure, la multiparité et la gemellité.

Sans rien préjuger de la valeur de ces conclusions, nous n'avons cité ce travail que pour illustrer notre thèse d'un exemple de ce que peut ajouter à l'état actuel de nos connaissances sur la syphilis l'effort de tout médecin désireux d'en accroître l'étendue. De l'avis unanime, le domaine de cette infection est immense et sans doute est-on loin de l'avoir encore entièrement exploré. Pour Leredde (1) la syphilis acquise est ignorée 20 fois sur 100 chez l'homme, 50 fois sur 100 chez la femme et la syphilis héréditaire 95 fois sur 100 ; les

1. E. Leredde. Le diagnostic de la syphilis et l'enquête familiale. *Soc. méd. de Paris*, avril 1921.

stigmates, rares chez les acquis, sont absents chez les deux-tiers des héréditaires ; enfin, les syphilis sans signes cliniques sont extrêmement nombreuses et la séro-réaction, souvent négative chez les acquis, l'est encore plus chez les hérédos (deux fois sur trois, au minimum). Il paraît donc légitime de convenir qu'acquise ou héréditaire, la syphilis est fort souvent ignorée et que son diagnostic est d'autant plus malaisé qu'on cherche davantage à l'asseoir sur des signes pathognomoniques certains dont la constatation est malheureusement exceptionnelle.

Tant que l'on n'aura pas découvert un élément de certitude *constant* (symptôme clinique, cyto-diagnostic, séro-diagnostic ou autre) il faudra donc, dans la majorité des cas, se contenter d'approximations plus ou moins exactes et l'enquête familiale, bien plus que les commémoratifs, reste, jusqu'à nouvel ordre, par les rapprochements et les comparaisons qu'elle autorise, le meilleur élément d'approximation. Nul, plus que le médecin de campagne, ne possède meilleur champ d'observation. Nul ne peut, par conséquent, non seulement découvrir et combattre ce fléau-protée mais encore apporter plus utile contribution à l'effort constructif qui, depuis notre grand Fournier, s'évertue à édifier le monument immense que représente l'étude de l'infection spirillaire.

III

OBSERVATIONS

Pour se faire une opinion exacte sur la fréquence de la syphilis en clientèle rurale et sur les divers aspects sous lesquels elle s'y présente, nous avons estimé nécessaire d'emprunter les éléments cliniques de ce travail à des observations recueillies par un praticien installé à la campagne et possédant une compétence spéciale de par son éducation syphiligraphique. A cette fin, nous nous sommes adressé au D^r Etienne que nous nous honorons de connaître et qui exerce à Vernon (Eure). Sa clientèle est donc bien rurale puisqu'elle comprend non seulement des habitants de cette localité mais encore des habitants des communes environnantes, pour la plupart agriculteurs ou éleveurs. Il nous a autorisé à faire usage des fiches concernant ses malades, fiches tenues à jour avec une conscience et une méthode rares et qui permettent de suivre l'évolution des syndrômes en même temps que les diverses étapes du traitement institué. Nous sommes heureux de lui renouveler ici le témoignage de notre affectueuse reconnaissance et de notre admiration pour sa belle conception du rôle social que doit jouer tout médecin soucieux de la santé de la race humaine.

Ces observations sont au nombre de 524. 98 d'entre elles sont relatives à des malades chez qui la possibilité d'infection syphilitique n'est pas établie. Nous les laisserons donc de côté. Sur les 426 autres, nous examinerons d'abord celles qui se rapportent à des malades chez lesquels la syphilis nous paraît certaine en décomptant d'une part les cas de syphilis acquise et d'autre part les cas de syphilis héréditaire. Nous réserverons pour un second groupe les observations qui concernent des malades chez qui la syphilis est simplement possible.

Vu le grand nombre de ces documents on voudra bien nous excuser de n'en donner qu'un sommaire raccourci.

A. — SYPHILIS CERTAINES

1^o *Syphilis acquises.*

La certitude de l'infection spirillaire est déterminée dans les cas suivants par la constatation d'accidents primaires, secondaires ou tertiaires.

Fait qui vient à l'appui de la rareté de la syphilis apparente en clientèle non sélectionnée, on ne relève dans l'ensemble de ces observations que :

Un seul accident primaire :

Obs. 53. — M^{me} Lel... Chancres syphilitiques.

Trois accidents secondaires :

Obs. 14. — M^{me} Lam... Plaques muqueuses.

OBS. 107. — M. Ca... Plaques muqueuses.

OBS. 473. — M^{lle} E. L... Plaques muqueuses vulvaires.

Onze accidents tertiaires :

OBS. 74. — M^{me} M... Syphilides cutanées (+ aortite).

OBS. 80. — M^{me} D... Syphilide cutanée de l'abdomen.

OBS. 245. — M^{me} Des... Syphilide cutanée de l'aile du nez.

OBS. 284. — M^{lle} H... Gommès multiplés de la face, les unes guéries avec cicatrices chéloïdiennes, les autres en suppuration.

OBS. 309. — M^{me} B... Syphilides cutanées.

OBS. 355. — M^{me} Dor... Syphilide tertiaire de l'oreille ayant en partie détruit le lobule.

OBS. 435. — M^{me} H... Syphilides cutanées tertiaires.

OBS. 441. — M. G... Syphilide crustacée énorme du tiers inférieur de la jambe gauche.

OBS. 499. — M. Ha... Syphilide cutanée tertiaire de la face.

OBS. 517. — M. Do... Gommès des jambes.

OBS. 518. — M^{lle} Do... Gommès des jambes.

Le diagnostic basé sur la présence de syndromes pathognomoniques est également peu fréquent. C'est ainsi qu'on trouve seulement :

Un cas d'onyxis :

OBS. 10. — M. T... Onyxis du pied guéri par le traitement.

Un cas de syphilis nasale :

OBS. 445. — M^{me} N... Ulcération syphilitique du nez (avec trouble de tabès au début. Guérie par le traitement (914).

Cinq cas de tabes.

OBS. 79. — M. D... Tabes. Amélioration à la suite de deux séries d'arsénobenzol. Malheureusement le malade n'a pas voulu continuer le traitement.

OBS. 160. — M. C... tabes (ayant motivé une réforme militaire). Symptômes au complet avec incontinence urinaire et troubles visuels franchement améliorés par le traitement (914).

OBS. 285. — M. G... Début de Tabes. Titubation. Vertiges. Romberg. Disparition des symptômes à la suite du traitement par le néosalvarsan.

OBS. 295. — M. P... Romberg. Céphalées tenaces. Crises de cécité passagère. Perte de la mémoire. Tous ces symptômes ont disparu après deux séries de 20 injections intraveineuses de cyanure + deux séries de 914.

OBS. 464. — M. J... Début de tabes, hydarthrose chronique des deux genoux. Amélioré par le traitement. A deux filles jumelles dont une est épileptique.

Enfin 7 observations concernent des paralytiques généraux.

OBS. 68. — M. P... P. G. P., décédé.

OBS. 265. — M. Do... — décédé.

OBS. 267. — M. Da... — réactions fébriles dues au traitement.

OBS. 289. — M. V... — décédé.

OBS. 298. — M^{me} M... — réactions délirantes et fébriles dues au traitement.

OBS. 408. — M^{me} Ch... — décédée.

OBS. 420. — M^{me} B... — décédée.

Mais à côté de ces affections dont l'étiologie et les caractères spécifiques ne font aucun doute, il existe de

nombreuses affections dont le diagnostic n'entraîne qu'une présomption plus ou moins grande de syphilis. Ici, la certitude de l'étiologie syphilitique n'est apportée que par l'amélioration ou la guérison de ces affections par le traitement anti-syphilitique, par la séro-réaction, par les stigmates héréditaires des enfants ou par l'infection d'un conjoint non traité (la contamination de l'autre conjoint étant dans ces conditions presque fatale). De plus, dans quelques cas, la syphilis est connue par les antécédents personnels.

OBS. 32. — M^{me} P... Sclérose cutanée des deux jambes, s'étendant du mollet aux malléoles. Cicatrices rosées ou blanches d'anciennes ulcérations des jambes. Impotence à la marche.

Longtemps soignée pour « rhumatisme ».

Guérie en six mois par l'arsénobenzol avec récupération des mouvements.

OBS. 52. — M. L... Syphilis acquise avouée.

OBS. 60. — M. M... Syphilis acquise avouée, non traitée.

OBS. 61. — M^{me} M... Femme du précédent. A eu de lui une fille chloro-anémique atteinte d'impétigo du cuir chevelu et de néphrite avec albuminurie et hématurie. Hecht positif. Traitée au calomel. Impétigo et hématuries ont cédé rapidement au traitement.

OBS. 63. — M. L... Hérédo (dents d'Hutchinson) ayant contracté la syphilis. Aphasie légère ayant disparu après traitement au calomel intra-musculaire.

OBS. 64. — M^{me} L... Femme du précédent. Gastro-entérite guérie par le 914. Trois enfants dont deux chétifs et déséquilibrés.

OBS. 72. — M^{me} La... Epilepsie avec accès de démence durant huit à quinze jours après chaque crise. Réactions de Herxheimer très violentes avec le 914. A un enfant porteur de stigmates dentaires très nets d'hérédité.

OBS. 76. — M^{me} M... Aortite avec rétrécissement. Femme d'un syphilitique acquis non traité.

OBS. 90. — M. Th... Dyspepsie très douloureuse. Wassermann positif.

OBS. 108. — M. H... Mort paralysé après ictus. Mari de la suivante.

OBS. 509. — M^{me} H... Bonne santé apparente. Une fille dyspeptique et névropathe posteuse de dents d'Hutchinson et mère d'un adénoïdien à palais ogival atteint d'entérite.

OBS. 115. — M. C... Syphilis acquise avouée.

OBS. 116. — Femme du précédent et contaminée par lui.
Dents d'Hutchinson chez le fils.

OBS. 118. — M. D... Syphilis acquise traitée au cyanure intra-veineux.

OBS. 119. — M^{me} D... Femme du précédent, bien portante. Mais de ses deux enfants, l'un est mort de méningite en bas âge, l'autre a été guéri par le néosalvarsan d'une coxalgie droite.

OBS. 162. — M. L..., 60 ans. Anémie profonde. Douleurs lombaires et tuméfaction sans chaleur ni rougeur étalée au niveau de la partie supérieure et postérieure de la fesse gauche.

Disparition de la tuméfaction et des douleurs après deux séries de 914.

OBS. 165. — M. C... Troubles digestifs et cérébraux à forme asthénique. Blessures de guerre multiples et cicatrisées dont il

souffre davantage depuis quelque temps (1). A d'un second mariage un enfant entéritique à front olympien et chétif.

Le traitement au 914 amène un relèvement de l'état général et la disparition des troubles cérébraux et digestifs ainsi que des douleurs au niveau des blessures.

OBS. 172. — M. M... Mort à 52 ans d'artérite avec thrombose de l'aorte abdominale ayant déterminé la mort en vingt-quatre heures au cours d'une cirrhose atrophique (Ne buvait pas).

OBS. 173. — M^{me} M... femme du précédent. Surdité double. A deux enfants avec dents d'Hutchinson.

OBS. 176. — M. A... Cirrhose du foie (Buveur) a un fils nettement héréd. Microdontisme. Palais ogival. Pénis déformé.

OBS. 178. — M. J... Bonne santé apparente.

OBS. 179. — M. J... femme du précédent. Bonne santé. A un fils à dentition d'héréd. certain.

OBS. 202. — M. A... — 76 ans. A contracté la syphilis, jeune. Syphilis pulmonaire. Mort par réaction de Herxheimer dix jours après la deuxième injection de calomel intra-musculaire.

OBS. 246. — M. D... Myocardite. Mari d'une femme présentant une syphilide tertiaire.

OBS. 255. — M. B... Syphilis acquise avouée.

OBS. 256. — M^{me} B... Femme du précédent. Asthme, cinq enfants dont trois morts en bas âge (deux de méningite et un de mal de Pott), une fille épileptique et myxoédémateuse et une dernière fille paraissant indemne.

1. Il est remarquable que fort souvent des syphilis latentes et complètement silencieuses semblent se manifester brusquement (sous forme d'algies principalement) à l'occasion d'une infection aiguë quelconque, d'un choc émotif ou d'un choc traumatique.

OBS. 266. — M^{me} D... Paraplégie avec eschares. Femme d'un P. G. P. 2 enfants morts de méningite en bas âge.

OBS. 290. M^{me} V... Anémique. Morte de cancer de l'estomac. A été mariée à un S. G. P. A un fils épileptique.

OBS. 294. — M^{me} C... Hémiplégie avec troubles cérébraux et perte de la mémoire. Traitement prolongé à l'hectargyre. Les troubles cérébraux et l'amnésie ont disparu. Il ne reste qu'une légère parésie du bras.

OBS. 321. — M. B... Syphilis acquise avouée. Diplopie à la troisième injection (0 gr. 90) de 914.

OBS. 322. — M^{me} B... Femme du précédent. Deux enfants morts en bas âge. Un troisième enfant venu à terme mort et macéré. Un quatrième entéritique et anémique.

OBS. 333. — M^{me} V... Asthénique. Très nerveuse. Deux fausses-couches à 7 mois. Un enfant mort. Un enfant mort et macéré.

OBS. 345. — M. G... Syphilis acquise avouée. Est de plus héréd. (Père P. G. P.) Mère hémiplégique.

OBS. 346. — M^{me} G... Femme du précédent. Syphilis conjugale. Deux enfants à stigmates dentaires et front olympien. L'un a un mal de Pott.

OBS. 362. — M. D... Syphilis acquise avouée. Asthme. Traité à l'arsénobenzol. L'oppression a beaucoup diminué. Pouvait à peine marcher et peut courir actuellement.

A une fille ecthymateuse guérie en six injections de 914.

OBS. 401. — M^{me} Ch... Céphalées « atroces » au début d'un premier mariage. Puis grossesse terminée par l'accouchement d'un enfant mort.

Mariée une seconde fois avec un colonial guéri de troubles hépatiques par le calomel.

Elle a présenté des symptômes d'angine de poitrine et de l'emphysème qui ont disparu avec un traitement au 914.

OBS. 402. — M. G... Syphilis acquise soignée à Saint-Louis en 1880. A 68 ans, hémiplegie. A 70 ans, paralysie du muscle releveur de la paupière, guérie par le néo et le mercure intra-veineux. Amélioration de l'hémiplegie.

OBS. 407. — M. C... Epilepsie et ramollissement cérébral. Sa femme est morte de P. G.

Un seul enfant mort à 2 mois (?).

OBS. 426. — M. B... Hémiplegie.

OBS. 427. — M^{me} B... Femme du précédent. Morte paralysée. Une première fille hémiplegique.

Une seconde fille a un enfant hydrocéphale et idiot interné dans un asile.

OBS. 446. — M^{me} C... Bonne santé. A eu huit enfants dont un est venu au monde mort et macéré. Un autre est mort paralysé. Une fille est morte folle. Une autre est hémiplegique.

OBS. 466. — M^{me} J. — Bonne santé. Mariée à un tabétique. A eu deux jumelles épileptiques guéries par un traitement au néosalvarsan.

OBS. 468. — M. Ja... Syphilis acquise, avouée. Leucoplasie buccale.

OBS. 479. — M^{me} P... Chlorose. A un enfant présentant des dents d'Hutchinson.

OBS. 481. — M. L... Aortite et crises d'angine de poitrine. A un fils héréditaire à front olympien et sternum en entonnoir.

OBS. 495. — M. Ch... Epilepsie, mari de la suivante.

OBS. 496. — M^{me} Ch... Rhumatisme déformant du poignet, de l'épaule et du genou. Le genou est très volumineux, ankylosé en rectitude et très douloureux. Marche avec des béquilles.

Après quatre séries de novarsenobenzol, l'amélioration est telle que la malade jette ses béquilles.

OBS. 498. — M. L... Hémiplegie. Ramollissement cérébral. A une fille déséquilibrée présentant des stigmates certains d'hérédo.

OBS. 500. — M^{me} H... Bronchite chronique. Dyspepsie. Céphalées tenaces et fréquentes. Hypertrichose. Son mari présente des syphilides cutanées du visage.

OBS. 503. — M. P... Anémie, Bradycardie. Céphalées avec vomissements et vertige.

OBS. 504. — M^{me} P... Entérite. Myxœdème : ont eu deux enfants, l'un mort de convulsions à trois semaines, l'autre porteur de dents d'Hutchinson.

OBS. 516. — M. L... Anévrisme aortique avec douleurs rétro-sternales irradiant dans le bras gauche et augmentant à la moindre marche ou au moindre effort.

Disparition des douleurs après quatre séries de 914.

Parmi ces 52 observations, concernant des syphilis acquises, nous trouvons donc :

D'une part, une syphilis pulmonaire, affection spécifique par définition ;

D'autre part, des syndrômes ou symptômes guéris ou améliorés par le traitement anti-syphilitique (dont, par conséquent, nous sommes en droit d'affirmer l'étiologie syphilitique) tels que névrite, troubles cérébraux, aphasie, épilepsie, amnésie, hémiplegie, algies, gastro-entérite, dyspepsie, asthme, emphysème, angine de poitrine, rhumatisme déformant, anévrisme aortique ;

Enfin, des syndromes coexistant simplement avec la

syphilis mais dont les auteurs ont souvent reconnu l'origine ou la nature syphilitique tels que paraplégie, épilepsie, ramollissement cérébral, paralysie, aortite, myocardite, dyspepsie, entérite, cancer de l'estomac, anémie, asthénies diverses.

2° *Syphilis héréditaires.*

Dans les observations suivantes relatives à des héri-dos, la nature de l'infection s'appuie :

Soit sur la certitude de la syphilis ancestrale (surtout chez la mère).

Soit sur la constatation de stigmates pathognomoniques ;

Soit enfin sur l'action du traitement, que ce traitement ait amené l'amélioration ou la guérison des symptômes ou syndrômes observés ou qu'il ait provoqué des accidents dus à la réaction des tissus syphilitiques (Réaction de Herxheimer).

Il semblerait donc logique de répartir ces observations en autant de groupes qu'il y a d'éléments de diagnostic. Mais, comme plusieurs de ces éléments se retrouvent souvent dans la même observation, ce mode de classement nous obligerait à exposer plusieurs fois la même observation et nous entraînerait par conséquent à des redites fastidieuses.

Nous nous bornerons donc à exposer succinctement les faits observés en imprimant en lettres italiques ceux d'entre eux qui nous paraissent constituer un élément de diagnostic étiologique indiscutable.

OBS. 12. — M^{lle} F... Myxœdème. Névrite sciatique et lombago.

Fille de père et mère syphilitiques.

OBS. 15. — M^{me} H... ulcère de l'estomac. *Fille d'une P. G. P.*
A une sœur basedowienne, hypertendue, cardiaque et goitreuse
Suit un traitement au néosalvarsan qui a fait disparaître les
douleurs gastriques. Plusieurs réactions d'Herxheimer. Mari
en bonne santé.

OBS. 17, 18, 19, 20, 21. — *Enfants de la précédente.* L'aînée
est myxœdémateuse. Les quatre autres ont des *stigmata* den-
taires, le dernier présentant en outre du bégaiement.

(S. de deuxième génération).

OBS. 26. — M. H... *Stigmata dentaires.* Mère morte de sar-
come costal.

OBS. 27. — M^{me} H... *Nez en lorgnette. Front olympien. Stig-*
mata dentaires d'héréd. Deux frères hérédos à stigmata den-
taires.

OBS. 34. — M^{me} D... Père mort après plusieurs ictus. Mère
déséquilibrée.

A la suite d'une grippe, parésie des membres inférieurs avec
douleurs fulgurantes. Tachycardie continue. Perte de la mémoire.
Mauvais état général. *Améliorée par l'énésol.*

OBS. 35 à 47. — *13 enfants de la précédente* parmi lesquels :

Un présente de l'hypospadias.

Un est mort d'appendicite.

Un a des végétations adénoïdes.

Un, athrétique, *présente une entérite très améliorée par le*
traitement au calomel.

(S. de deuxième génération).

OBS. 49. — M^{me} L... Entérite chronique. *Fille de mère morte P. G.*

OBS. 54. — M. Vr... Anémie. *Stigmates dentaires précis.*

OBS. 58. — M^{me} X... Bronchite à répétition. *Dents d'Hutchinson.*

OBS. 62. — M^{lle} M... *Fille d'une syphilitique acquis.* Impetigo et néphrite. *Amélioration par traitement au calomel. (Hecht positif).*

OBS. 65. — M. Le... « Caractère intraitable ». Mort dans un naufrage.

OBS. 65. — M. Le... *Stigmates dentaires.* Déséquilibré.

OBS. 67. — M^{lle} Le... Déséquilibrée. Chétive.

Tous trois sont fils d'un père syphilitique hémiplegique aphasique mort après ictus, et d'une mère atteinte d'entérite guérie après deux séries de 914.

OBS. 73. — M^{me} La... — *Stigmates dentaires précis.* Père épileptique, ayant eu des crises de démence et ayant dû abandonner le traitement au 914 à cause de réactions d'Herxheimer trop violentes.

OBS. 76. — M. Ja... Anémie. Fatigue générale. Iritis ancienne. *Très amélioré par le traitement.*

OBS. 77. — M^{lle} Ja... Epilepsie.

OBS. 78. — M^{lle} Ja... Crises de céphalée. Tr. gastriques.

Tous trois sont fils d'un père syphilitique présentant des troubles cérébraux.

OBS. 83. — M^{me} A... *Stigmates dentaires.*

OBS. 84. — M^{me} A... *Stigmates dentaires.* Mère déséquilibrée Anémie et faiblesse générale très améliorées par deux séries d'arsénobenzol.

OBS. 85. — M^{lle} A... Fille des précédents. Ichtyose congénitale. *Stigmates dentaires*. (S. de deuxième génération).

OBS. 113. — M^{me} Q... Fille de syphilitiques. Asthme. Sclérose pulmonaire avec emphysème. Bronchite à répétition.

OBS. 113. — M^{lle} Q... Fille de la précédente. Asthme. première crise à 4 ans. À partir de 8 ans les crises deviennent de plus en plus fréquentes jusqu'à l'âge de 30 ans où la malade a passé cent trente-cinq jours à la chambre en état d'oppression continue. Légère exophtalmie sans goitre.

En traitement depuis deux ans, à l'arsénobenzol, depuis un an, il n'y a plus de crise d'oppression (S. de deuxième génération).

OBS. 117. — M. C... Fils de père et mère syphilitiques, présente des dents d'Hutchinson et des syphilides palmaires.

OBS. 120. — M. D... mort de méningite à 6 mois.

OBS. 121. M^{lle} D... Coxalgie droite douloureuse au point de rendre la marche impossible. Après un an de traitement à l'arsénobenzol, l'enfant peut marcher et courir sans la moindre douleur. Légère claudication persistante.

Ces deux enfants ont un père syphilitique acquis. La mère est en bonne santé.

OBS. 128. — 1^{er} enfant J... Entérite. N'a jamais pu supporter le lait. Cyphosé dorsale.

OBS. 129. — 2^e enfant J... Myxœdème. Rhumatisme déformant.

OBS. 130. — 3^e enfant J... Paraît bien portant.

OBS. 131. — 4^e enfant J... Myxœdème. Entérite.

OBS. 132. — 5^e enfant J... Myxœdème.

Tous fils de mère syphilitique avérée.

OBS. 137. — M^{me} L... Dents tassées et mal plantées. Palais ogival. Gastro-entérite. Syncopes fréquentes avec émission involontaire d'urine. Pas de cri initial, ni d'aura. (Epilepsie ?). *A la suite d'un traitement par le calomel, la gastro-entérite est améliorée et les syncopes ne se produisent plus.*

Le père de cette malade est mort subitement et était sujet lui aussi à des syncopes fréquentes. Mère anémique morte (?).

OBS. 138. — M. Lh... *Stigmates dentaires très nets.*

OBS. 139. — M^{me} Lh... Myxœdème. Acromégalie de la mâchoire inférieure. *Fille de mère syphilitique.*

OBS. 140. — M^{lle} Lh... Méningite dans l'enfance. Astigmatisme. Hémoptysies à 17 ans avec sommet droit infiltré. *Mauvais état général très amélioré par deux séries de néosalvarsan.*

OBS. 141. — M. Lh... Maladie d'Addison. Déséquilibre.

Tous deux sont les fils des deux précédents (n^{os} 138 et 139). (S. de deuxième génération).

OBS. 155. — M^{me} P... Goitre exophtalmique avec tachycardie et amaigrissement marqué. *Très améliorée par le calomel.*

OBS. 156. — M. P., fils de la précédente. *Stigmates dentaires* et palais ogival très marqué. Prurigo généralisé. (S. de deuxième génération).

OBS. 158. — M^{me} B... Rhumatisme articulaire chronique. Radiodermite de la lèvre supérieure à la suite d'application de rayons X pour affection cancéreuse (?).

Palais très ogival et *dentition d'hérédité très nette.*

OBS. 159. — M. B... Fils de la précédente. Palais ogival extrêmement marqué. Rhumatisme généralisé à toutes les articulations sauf celle de la colonne vertébrale. *Le traitement par le néosalvarsan fait disparaître les douleurs articulaires.*

(S. de deuxième génération).

OBS. 164. — Enfant Ho... *Fille de père syphilitique et atteint d'asthme et de sclérose pulmonaire.*

Méningite.

OBS. 166. — M^{me} C... *Stigmates dentaires d'héréd.*

OBS. 167 et 168. — Deux filles de la précédente. *Le père est un acquis.* Toutes deux sont chétives, présentent un front olympien et de l'entérite.

OBS. 170. — M^{me} B... *Dentition d'héréditaire marquée.* Bronchite chronique.

OBS. 171. — Enfant B... *Fille de la précédente.* Végétations adénoïdes. Palais extrêmement ogival et profond, genre recurvatum. A 9 ans, n'a pas encore renouvelé ses incisives médianes inférieures et supérieures.

(S. de deuxième génération).

OBS. 174. — Enfant M... *Stigmates dentaires précis.*

OBS. 175. — Enfant M... *Stigmates dentaires précis.* Végétations adénoïdes.

Tous deux sont fils d'un père syphilitique atteint d'aortite et d'une mère sourde.

OBS. 177. — M. A... Douleurs crurales de type radiculaire. Palais ogival et pénis déformé. *Fils d'un père syphilitique acquis.*

OBS. 180. — M^{lle} J... Bacillose pulmonaire. *Stigmates dentaires précis.*

OBS. 181. — M. D... Kératite à répétition dans l'enfance. *Fils d'un syphilitique cirrhotique et mort de troubles cardio-pulmonaires dans une crise d'asthme.*

OBS. 182. — M^{me} D... Femme du précédent. Père fou. Mère suicidée. Un frère suicidé. Une sœur atteinte de débilité mentale.

Mère des suivants.

OBS. 183. — 1^{er} enfant D... Myxœdème. Végétations adénoïdes et otite. Mauvais état général. *Transformé par le traitement.*

OBS. 184. — 2^e enfant D... Kératite à répétitions.

OBS. 185. — 3^e enfant D... Entérite. Très nerveux.

Ces trois enfants sont fils des précédents (obs. 181 et 182).

(S. de deuxième génération).

OBS. 186. — M^{me} C... Scoliose et cyphose. Maladie d'Addison *très améliorée par deux séries de 914.*

Père mort après ictus cérébral. Mère morte après ictus laryngé. A un frère atteint de strabisme divergent.

OBS. 188. — M^{lle} F... Débilité mentale avec crises délirantes. Morte ultérieurement de méningite aiguë. Fille d'un père fou.

OBS. 189. — M^{me} L... *Stigmates dentaires précis* avec palais très ogival.

OBS. 190. — Enfant L... Fils de la précédente. *Gastro-entérite guérie par le calomel.*

(S. de deuxième génération).

OBS. 195. — M^{me} B... Rhumatisme chronique du genou avec hydarthrose. Dyspepsie. Palais ogival très marqué. Couperose.

Mère syphilitique.

OBS. 197. — M^{me} Br... *Stigmates certains.* Père mort paraplégique.

OBS. 199. — M^{lle} Br... Fille de la précédente. *Stigmates dentaires.* Adénoïdienne et entéritique. *Les troubles digestifs disparaissent après traitement par le calomel.*

(S. de deuxième génération).

OBS. 203. — M. C... Epilepsie. *Fils de mère syphilitique.*

OBS. 204. — M. C... Strabisme externe de l'œil droit. *Fille d'hérédo à stigmates.*

A deux enfants entéritiques dont l'un présente un front olympien.

OBS. 207. — M^{me} M... *Stigmates dentaires.* Névrite très douloureuse. *Ces douleurs cessent après deux séries de cyanure intra-veineux.*

OBS. 221. — M^{me} B... Gastro-entérite.

Anémie et céphalées violentes et tenaces.

Un frère addisonnien.

Amélioration franche par le traitement.

OBS. 247. — M. N... Entérite chronique. Front olympien. Nez en lorgnette. *Une sœur épileptique présente des stigmates certains d'hérédo.*

OBS. 257. — 1^{er} enfant B... Mort de méningite en bas âge.

OBS. 258. — 2^e enfant B... Mort de méningite en bas âge.

OBS. 259. — 3^e enfant B... Mal de Pott.

OBS. 260. — 4^e enfant B... Epileptique. Myxœdémateux.

OBS. 261. — 5^e enfant B... Bonne santé apparente.

Père et mère syphilitiques.

OBS. 262. — M. D... Otite suivie de méningite dont il meurt

Un frère mort de méningite en bas âge.

Mère syphilitique.

OBS. 263. — M^{me} D... Bonne santé. Mais a deux frères dont l'un a des stigmates précis d'hérédo et dont l'autre présente un rétrécissement mitral pur.

OBS. 264. — M. D... Fils des deux précédents. Entérite depuis l'enfance. Est mort à 9 ans de méningite. Le traitement par le néosalvarsan opposé à l'entérite a déterminé à plusieurs reprises des réactions de *Herxheimer*. (S. de 2^e génération).

OBS. 287. — M^{me} L... Débile. Palais ogival. *Dentition d'héréd.*

OBS. 291. — M. V... Epilepsie. Asthénique depuis sa naissance. *Fils de père P. G...*

OBS. 292. — M^{me} B... Dyspepsie et entérite. *Mère syphilitique.*

OBS. 293. — M^{me} B... Déséquilibrée. *Dents d'Hutchinson.*

OBS. 299. — M. M... Troubles mentaux. *Fils de mère P. G.*

OBS. 300. — M^{me} Pi... Rachitique. *Vertiges et céphalées disparus après traitement mercuriel.*

OBS. 305. — M. B... Bronchite à répétition. Hypertrophie du foie (Buveur). Rachitisme. *Fils de syphilitiques.*

OBS. 307. — M^{me} B... Fille du précédent. Mauvais état général. *Troubles gastriques améliorés après quatre injections de 914. Réaction de Herxheimer (S. de 2^e génération).*

OBS. 310. — Enfant Be... Entérite chronique.

OBS. 311. — Enfant Be... Diarrhée infantile suivie de méningite mortelle. *La mère de ces deux enfants présente des syphilitides cutanées tertiaires.*

OBS. 318. — M. J... *Stigmates dentaires.*

OBS. 319. — Enfant J... fils du précédent. Prématuré de 7 mois porteur d'un méningocèle lombaire gros comme un œuf de dinde et atteint d'une exophtalmie unilatérale et d'atrophie d'un côté de la face. A survécu quelques heures.

(S. de 2^e génération).

OBS. 323. — 1^{er} enfant B..., morts en bas âge.

OBS. 324. — 2^e enfant B..., morts en bas âge.

OBS. 325. — 3^e enfant B... Fœtus mort et macéré.

OBS. 326 — 4^e enfant. Entérite. Anémie.

Père et mère syphilitique acquis.

Obs. 334. — M. V... Né avant terme. *Stigmates dentaires*. Deux frères morts à 6 et 11 mois. (?)

Obs. 338. — M^{me} F... Neurasthénie et troubles mentaux. Algies multiples. Exagération de douleurs après une injection de néosalv. à 0 gr. 15. *Réact. d'Herxheimer*.

Obs. 339. — M. J... Strabisme divergent. Père mort à 50 ans de congestion cérébrale. Une sœur scoliotique atteinte de sclérose pulmonaire et de troubles cardiaques.

Obs. 340. — M^{me} J... Entéro-colite. *Parents syphilitiques*.

Obs. 341. — [Enfant J... Entérite du nourrisson. N'a parlé distinctement qu'à 9 ans.

Obs. 342. — Enfant J... Epileptique à 6 ans.

Obs. 343. — OEdème des pieds et des mains dès la naissance disparu en deux jours avec une injection de 914 (0 gr. 005).

Ces trois enfants sont les fils des précédents (n° 339 et 340). S. de 2^e génération.

Obs. 347. — Enfant P... *Stigmates dent.* Front olympien.

Obs. 348. — Enfant P... Entérite du nourrisson. Nourri au sein. Mal de Pott.

Le père de ces deux enfants est un acquis, fils lui-même de mère hémiplegique et de père P. G...

Obs. 351. — M. S... Amaigrissement. Céphalées violentes. Anémie profonde. *Stigmates dentaires* : dents d'*Hutchinson*, microdontisme, dents en tournevis. transformé par le 914.

Obs. 354. — M. D... Hypertrophie du cœur et endocardite. Mort d'ictère grave. Père mort tabélique. Mère présentant une syphilide tertiaire de l'oreille.

Obs. 357. — M. G... *Stigmates dentaires*. Palais ogival. Chevauchement des dents.

Algies multiples et fatigue générale. Fracture de guerre très douloureuse. Troubles psychiques.

Disparition des douleurs après une série de 914.

OBS. 310. — Enfant V... *Stigmates dentaires très prononcés.* Père épileptique. Grand-mère morte d'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne.

OBS. 363. — M^{lle} D... *Fille d'un syphilitique acquis et très probablement héréditaire lui-même.*

Myxœdème. Anémie. A présenté un ecthyma rebelle pendant six mois à tous les traitements faits à l'hôpital. *Six injections de 914 ont fait disparaître l'ecthyma.*

OBS. 364. — Enfant X... Maladie de Little. En traitement. *La mère est syphilitique.*

OBS. 368. — M^{me} Cr... Gastro-entérite. Neurasthénie. *Stigmates dentaires et front olympien. Améliorée par le traitement ou 914.*

OBS. 372. — M. L... *Stigmates dentaires.* Mère atteinte de strabisme. Sœur opérée pour appendicite. Très anémique.

OBS. 381. — Enfant B... Mort de diphtérie.

OBS. 382. — Enfant B... Jumeau.

OBS. 383. — Enfant B... Jumeau.

OBS. 384. — Enfant B... Gommès des membres inférieurs.

Tous sont porteurs de stigmates dentaires.

La mère de ces quatre enfants est atteinte d'entérite. *Le père présente lui-même des stigmates dentaires d'hérédité.*

(S. de 2^e génération).

OBS. 389. — 1^{er} enfant F... Dyspepsie. Nervosisme extrême.

OBS. 390. — 2^e enfant F... Entérite. *Méningite qui a cédé aux frictions mercurielles.*

Mère myxœdémateuse fruste.

OBS. 392. — M^{me} A... Epilepsie larvée. *Père syphilitique.*

OBS. 393. — 1^{er} enfant A... *Entérite chronique guérie au calomel.*

OBS. 394. — 2^e enfant A... Nervosisme. *Entérite améliorée par le traitement.*

OBS. 395. — 3^e enfant A... Traitée dès la naissance par des solutions mercurielles, ne présente aucun symptôme et s'élève très facilement alors que les deux précédents ont été très difficiles à élever.

Ces 3 enfants sont les fils de la précédente (obs. 392). (S. de 2^e génération).

OBS. 406. — M^{lle} R... Bronchites fréquentes. Anémie. Dyspepsie. Toujours considérée comme pré-tuberculeuse. Plusieurs frères et sœurs morts en bas âge. Père et mère rhumatisants.

Amélioration considérable après deux séries de 914. Basedow passager au cours de la deuxième série.

OBS. 409. — Enfant Ch... Mort de convulsions à deux mois. Père épileptique et mère P. G.

OBS. 416. — M^{me} X... *Dents d'Hutchinson. Insomnies très fréquentes disparues après vingt injections intra-veineuses de Cyanure de Mercure.*

OBS. 419. — M^{me} B... Paralyse agitante. Poussée de méningite avec Kernig léger. Père mort de méningite et mère P. G. (morte).

OBS. 421. — M^{me} B... Otite. *Fille de parents syphilitiques une sœur aînée folle.*

OBS. 422. — M^{me} X... Fille des précédents. Bronchite à répétition. *Stigmates dentaires.*

Mariée à un héréditaire, a 4 enfants porteurs de stigmates den-

taires, nerveux et excitablès, l'aînée présentant de plus un myxœdème fruste. (S. de 3^e génération).

OBS. 424. — M^{me} C... Obésité. Accès de mélancolie. Nez en lorgnette. *Deux injections de néosalvarsan a 0 gr. 15 déterminèrent du délire complet pendant douze heures. Par la suite, l'état cérébral s'est très amélioré.*

OBS. 425. — M. C... fils de la précédente. Myxœdème (S. de 2^e génération).

OBS. 428. — M^{lle} B... Hémiplegie à 30 ans. Rétinite.

OBS. 429. — M^{lle} B... Bonne santé.

Mère morte paralysée.

Père hémiplegique.

Mère du suivant.

OBS. 430. — Enfant B... Hydrocéphale et idiot.

OBS. 432. — M^{me} B... Eczéma. Asthme des foin. Luxation congénitale de la hanche. *Fille de syphilitiques.*

OBS. 433. — 1^e enfant B... *Onyxis du gros orteil.* Bléphaélite.

OBS. 434. — 2^e enfant B... Eczéma. Entérite. *Corryza syphilitique* dès la naissance.

Ces deux enfants sont fils de la précédente (obs. 432). (S. de 2^e génération).

OBS. 436. — 1^{er} enfant H...

OBS. 437. — 2^e enfant H...

Mère présentant des syphilides cutanées. Céphalées très violentes.

OBS. 440. — M^{me} B... *Dents d'Hutchinson typiques.* Père et mère emphysémateux.

OBS. 447, 448, 449, 450, 451, 452. — 6 enfants de syphilitiques.

Le 1^{er} venu au monde mort et macéré.

Le 2^e mort d'urémie.

Le 3^e mort de paralysie.

Le 4^e mort fou.

Le 5^e hémiplegique.

Le 6^e tuberculeux.

OBS. 462. — M^{me} D... Céphalées fréquentes et violentes. *Stigmates dentaires*.

OBS. 463. — Enfant D... Gastrite douloureuse. Anémie.

Guérie par un traitement au 914.

(S. de 2^e génération).

OBS. 466, 467. — Enfants J... Jumelles épileptiques. *Père tabétique.*

OBS. 476. — M^{me} C... Eczéma dès l'enfance. Maladie d'addison.

Morte d'un cancer du pylore.

Fille d'un père P. G.

OBS. 477. — M. V... Méningite dans l'enfance. *Stigmates dentaires* trois frères morts en bas âge de convulsions.

Père diabétique. Mère morte de cancer thyroïdien.

OBS. 480. — Enfant P... *Dents d'Hutchinson. Entérite franchement améliorée par le calomel.*

OBS. 482. — Enfant L... Rachitisme. Front olympien. *Sternum en entonnoir. Père atteint d'aortite et mort subitement.*

OBS. 484. M. L... *Stigmates d'heredo.* Strabisme interne léger.

OBS. 486. — Enfant L... Fils du précédent. *La mère est une syphilitique acquise.*

Front olympien. Strabisme interne de l'œil droit très prononcé. Nervosisme extrême. Déséquilibré. Santé délicate. A fait une crise épileptiforme.

En traitement par le 914 Le strabisme a beaucoup diminué ainsi que l'excitation cérébrale. Très amélioré au point de vue général.

OBS. 497. — M^{me} L... Entérite. Insuffisance hépatique. Déséquilibre mental.

Son père hémiplegique, a eu plusieurs ictus et fait du ramollissement cérébral.

OBS. 501. — Enfant H... Entérite. Santé très fragile.

Fils de père et de mère syphilitiques (syphitides cutanées).

OBS. 502. — M^{me} G... Nez en selle anglaise. *Stigmates dentaires.*

Mère hémiplegique morte après ictus.

Une fille est épileptique.

OBS. 505. — 1^{er} enfant G... Mort à 3 semaines de convulsions.

OBS. 506. — 2^e enfant G... Entéro-colite. *Incisives médianes a encoches.*

Tous deux sont fils de père et mère syphilitiques.

OBS. 507. — M. J... Stigmates. Oreilles sans lobules. *Le père est tabétique.*

OBS. 509. — Enfant J... *Fils du précédent.* Trois jours après sa naissance, crise convulsive. Fontanelle très tendue. *Ictère du nouveau né disparu trente-six heures après une injection de 4 milligrammes de 914.*

(S. de 2^e génération).

OBS. 510. — M^{me} D... Pneumonie grippale double. *Dents d'Hutchinson.*

OBS. 511. — M^{me} D... *Stigmates dentaires.*

OBS. 512. — 1^{er} enfant D...

OBS. 513. — 2^e enfant D...

Fils des précédents. Rachitiques tous deux (S. de 2^e génération).

OBS. 514. — M^{me} Le B... Pnéumonié. Entérite. *Stigmata dentaires.*

OBS. 515. — Enfant Le B... Fils de la précédente, Brônchite à répétition. Entérite. *Coxalgie guérie à la suite d'un traitement au calomel* (S. de 2^e génération).

OBS. 518. — 1^{re} fille Do... Myxœdème fruste.

OBS. 519. — 2^e fille Do... *Gomme des jambes.*

Jumelles, filles d'un père porteur de gommès.

OBS. 521. — M^{me} L... Emphysème pulmonaire. *Fille d'un syphilitique.* Mort paraplégique.

OBS. 522. — M. Is... Laryngite chronique avec quelques spasmes provoquant des accès de suffocation. *Amélioré par frictions mercurielles.* Dit n'avoir jamais été contaminé.

OBS. 523. — M^{me} Is... Rachitisme et léger degré d'achondroplasié. *Mère tabétique.*

OBS. 524. — Enfant Is... A 14 ans, premiers troubles moteurs. A 31 ans, paraplégie. Parésie du bras droit avec atrophie musculaire surtout marquée de l'éminence thénar. Dyspepsie douloureuse.

En traitement depuis deux ans. Les troubles dyspeptiques ont disparu. Le 914 provoque des douleurs lancinantes dans les talons. Les membres inférieurs sont toujours flasques mais on peut provoquer la trépidation épileptoïde (S. de 2^e génération).

Dans les 186 observations que nous venons de résumer très succinctement, le diagnostic étiologique s'appuie 130 fois sur l'enquête familiale, 54 fois sur des stigmates précis et 38 fois sur l'effet du traitement anti-syphilitique, que ces divers éléments soient isolés ou groupés,

Parmi les divers syndrômes observés chez ces hérédos l'on rencontre surtout des entérites (28 cas), des troubles mentaux (12 cas), des méningites (10 cas), des myxœdèmes (10 cas), des épilepsies (9 cas), et des paralysies diverses (8 cas). On compte en outre 3 cas de convulsions de l'enfance, 6 cas de rachitisme, 5 cas de végétations adénoïdes, 6 cas de bronchites à répétition, 4 cas d'asthme, 4 cas d'emphysème pulmonaire, 3 cas de maladie d'Addison, 3 cas de rhumatisme déformant, 2 cas de mal de Pott, 2 cas de coxalgie, 1 cas de ménin-gocèle, et 1 cas d'hydrocéphalie. Les malformations, surtout osseuses, sont fréquentes. En revanche, les affections cutanées (1 ichthyose, 1 impétigo, 1 prurigo, 3 eczémas sont rares, ce qui n'a rien de surprenant dans une clientèle rurale.

Enfin 52 observations concernent des syphilitiques de deuxième génération.

B. — SYPHILIS POSSIBLES.

Les observations qu'il nous reste maintenant à examiner concernant des malades atteints d'affections diverses dont la plupart ont été souvent observées chez des syphilitiques acquis ou héréditaires, qui peuvent être quelquefois d'origine ou de nature syphilitique, mais qui ne le sont pas toujours. Dans une quarantaine de cas nous verrons que ces affections ont été améliorées ou guéries par un traitement utilisant des médicaments spirillicules. D'autre part, elles coexistent souvent avec des stigmates de présomption. Enfin,

l'enquête familiale permet quelquefois de grouper des tares familiales qui s'éclairent l'une l'autre et de déceler des hérédités suspectes, voire même certaines — mais alors, du côté paternel seulement.

Aucun de ces éléments pris à part n'autorise un diagnostic ferme de syphilis. Mais leur juxtaposition entraîne, nous semble-t-il, une présomption de syphilis qui dans quelques cas devient presque une probabilité. Afin de rendre cette juxtaposition plus facile, nous présenterons dans un seul paragraphe toutes les observations concernant les membres d'une même famille.

OBS. 1, 2, 3, 4. — Famille Ch... Le père est asthmatique avec poussées congestives pulmonaires.

La mère est albuminurique. Troubles cardiaques et appendicite.

Le fils aîné est myope, anémique. Mauvaise dentition.

Le second fils a fait pendant la guerre une bacillose pulmonaire avec poussées fébriles aujourd'hui disparues. Boulimie et troubles digestifs. Appendicite en 1920 (opérée). Maladie de Basedow avec goître, exophtalmie, tachycardie et tremblement.

OBS. 5 et 6. — M^{me} B... Dyspepsie et entérite.

M. B... Fils atteint d'entérite depuis sa naissance.

Tous les deux ont été guéris par un traitement à l'arséno-benzol.

OBS. 7. — Enfant F..., 5 ans. Anorexie complète et vomissements. Une première friction mercurielle à l'onguent napolitain provoque une crise violente d'entérite avec selles sanglantes. Des frictions consécutives améliorent l'enfant. Les vomissements

cessent, l'appétit renaît. Semble guéri aujourd'hui sans autre traitement accessoire.

Obs. 8 et 9. — M. F... Déséquilibre mental. Fils d'une entéritique et petit fils d'un cardiaque mort de ramollissement cérébral. M^{me} F... Femme du précédent. Déséquilibrée. Ancien foyer (râles sous-crépitants) à la base droite, avec tachycardie et dyspnée d'effort. Disparition du foyer pulmonaire et de la tachycardie par un traitement mercuriel.

Obs. 22, 23, 24, 25. — Famille L... La mère présente une hémiplégie faciale avec perte de la mémoire.

Le fils aîné se porte bien.

La fille (2^e enfant) a été atteinte d'appendicite à l'âge de 11 ans. Morte depuis de pneumonie.

Le dernier fils (8^e enfant) est porteur de stigmates dentaires.

Obs. 28, 29, 30. — Enfants D... Fils d'une femme héréd. (nez en lorgnette et front olympien) dont les frères ont des stigmates dentaires précis. Ces trois enfants présentent un ictère catarrhal et le dernier est entéritique.

Obs. 50 et 51. — Enfants L... L'aînée a de l'entérite et a été opérée pour appendicite. Le fils a une maladie de Basedow. La mère est très anémique, sujette aux migraines et entéritique. Le père est un héréd. certain, étant fils de P. G.

Obs. 55, 56, 57. — Famille H... Le mari est en bonne santé apparente. La mère est morte de cancer des voies biliaires. Présentait des nodosités sous-cutanées des membres inférieurs ressemblant à des gommès.

La fille, très fragile, est une dyspeptique et a de l'entérite. Elle présente des stigmates dentaires d'héréd.-syphilis probable.

Obs. 59. — M. D... Ethylique. Cirrhose. Laryngite chronique. Sclérose pulmonaire.

Un traitement à l'énésol a provoqué des troubles cardiaques (oppression, tachycardie).

OBS. 69, 70, 71. — Famille P... Le père est mort P. G. La mère paraît bien portante.

Une fille bacillaire. Une deuxième fille très anémique.

OBS. 81. — M^{me} P... Dyspepsie. Entérite avec constipation irréductible. Anémie.

Après un traitement au 914, cette malade retrouve une excellente santé.

OBS. 86, 87, 88, 89. — Famille C... Le père est en bonne santé apparente. La mère est une myxoédémateuse fruste. Céphalées fréquentes. Vertiges.

Deux fils entéritiques.

Un traitement au 914 a amélioré nettement la mère et les enfants.

OBS. 90 à 102. — Famille F... Le père a été opéré d'un néoplasme du côlon transverse. La mère paraît en bonne santé mais sur les dix enfants dont deux sont jumeaux, un est mort de bacilliose pulmonaire, une fille a de la kératite.

OBS. 103, 104. — M. L... Paralysie agitante avec rétraction de l'aponévrose palmaire. Mort d'urémie.

M. L... Fils du précédent. Rachitique. A un frère jumeau.

OBS. 110, 111, 112. — M. et M^{me} H... Porteurs de stigmates dentaires d'hérédité syphilitique possible. M^{me} H... est dyspeptique. Le père de M. H... est mort paralysé.

Leur fils présente un palais ogival. Végétations adénoïdes et entérite.

OBS. 122, 123, 124. — Famille B... La mère est morte d'accidents cérébraux. Le père diabétique est mort de gangrène de la jambe. Un des frères de ce dernier est pied-bot en varus.

La fille est atteinte de luxation congénitale de la hanche.

OBS. 125. — M^{me} A... Asthme. Emphysème. Sclérose pulmonaire.

OBS. 126 et 127. — M. et M^{me} J... Dyspepsie chez le mari. Les enfants présentent de l'insuffisance thyroïdienne.

OBS. 133, 134, 135. — Famille B... Le mari a de la bronchite à répétition. Adénoïdien. Scléroses pulmonaires.

Quelques troubles mentaux chez la mère qui de plus est entéritique.

Deux filles entéritiques. L'une, dès la naissance, ne pouvait digérer le lait. L'autre a de l'eczéma avec, de plus, de la blépharite et de la kératite.

OBS. 142, 143, 144, 145 et 146. — Famille P... Le père est mort d'accidents cérébraux ayant évolué en quelques mois (à l'âge de 60 ans). La mère paraît bien portante ainsi qu'une fille. Une deuxième fille est morte de tuberculose pulmonaire. Une troisième a été néphrectomisée pour bacillose rénale. Très anémiée, cette anémie a été considérablement améliorée par un traitement au calomel.

OBS. 147, 148, 149, 150. — Famille D... Le père et la mère sont très probablement des hérédos bien que les stigmates ne soient pas absolument probants. Leurs deux enfants sont très anémiques et entéritiques.

OBS. 151, 152 et 153. — Famille C... Le père et la mère présentent des stigmates dentaires d'hérédité syphilitique probable. Une fille, très nerveuse, est bronchitique et entéritique (avec poussées aiguës).

OBS. 154. — M. G... Stigmates dentaires d'hérédité syphilitique probable. Entérite chronique.

Un frère mort de cancer du foie.

OBS. 157. — M. B. Sciatique. Rhumatisme déformant. Son fils, rhumatisant, a été amélioré par un traitement au 914 (mais la mère est une hérédité certaine).

OBS. 161. — M. V... Stigmates dentaires imprécis. Anémie guérie par un traitement au 914.

OBS. 187. — M^{me} P... Entérite. Stigmates dentaires imprécis.

OBS. 191, 192, 193 et 194. — Famille J... La mère et les trois filles sont chloro-anémiques. Les filles sont de plus, atteintes toutes trois d'entérite chronique. Végétations adénoïdes et amygdalite chronique.

OBS. 200 et 201. — M^{me} D... Dyspepsie. Anémie. Son fils est atteint d'entérite chronique et présente des stigmates probables d'hérédité.

OBS. 205 et 206. — Enfants C... Entérite chronique chez les deux. Le père et la mère sont des héréditaires certains.

OBS. 210, 211, 212, 213. — Enfants L... L'aînée a une myopie très prononcée. Le second est un myxœdémateux fruste. A fait du rhumatisme subaigu généralisé. Très anémique. Le troisième a de l'entérite et de l'anémie.

OBS. 208, 219. — M^{me} H... Déséquilibrée. A eu deux jumelles. Une fille atteinte de démence précoce. Très améliorée par le 914.

OBS. 220. — M. L... Nervosisme extrême. Troubles hépatiques et gastriques. Très améliorés par le 914.

OBS. 222. — Enfant B... Gastro-entérite, fille d'une mère hérédité certaine.

OBS. 223. — M^{me} D... Entérite chronique. Réaction d'Herxheimer au cours d'un traitement mercuriel.

Est morte de coma diabétique (acétonurie).

OBS. 224, 225, 226, 2227, 228. — Famille L... Le mari, diabétique, meurt d'artérite de la jambe compliquée de gangrène. (Avait une sœur cardiopathe morte à 30 ans). La mère, déséquilibrée, a des stigmates d'hérédité imprécis. Trois enfants : l'aîné entéritique et dyspeptique présente un palais ogival ; le second est atteint de myxœdème fruste ; le 3^e est atteint de démence précoce, et d'entérite avec constipation tenace. La démence précoce guérit à la suite d'un long traitement au 914.

OBS. 229, 230, 231, 232. — Famille L... Le mari ne présente rien de particulier sauf des hémorroïdes. La mère paraît bien portante (fille d'une bronchitique emphysémateuse très améliorée par le 914).

Deux enfants :

L'aînée est anémique. Diarrhée verte quand il était au sein. Plus tard bronchites à répétition.

La seconde, anémique. Bronchites fréquentes. A eu de la diarrhée verte.

Ces deux enfants ont été très améliorés par le traitement (calomel).

OBS. 233, 234 et 235. — Famille de M... Mère chloro-anémique atteinte de mal de Pott lombaire et d'entéro-colite. Longtemps soignée pour tuberculose. L'arsénobenzol fait disparaître l'anémie, les douleurs lombaires et améliore nettement l'entéro-colite.

Les deux enfants sont des adénoïdiens et des entéritiques. Le calomel à doses réfractées les a transformés en deux mois.

OBS. 236-237-238-239. — Famille L... Mari atteint de mélancolie. Interné dans un asile. S'est suicidé au cours d'une crise.

La femme est une anémique, neurasthénique avec hallucinations. Troubles psychiques guéris par l'arsénobenzol.

Un fils, blessé de guerre et chez lequel 20 injections de cyanure de Hg. firent disparaître des douleurs violentes apparues au niveau des cicatrices.

La sœur présente des stigmates dentaires imprécis et de l'anémie.

Obs. 240, 241, 242, 243. — Famille H... Mari dyspeptique et entéritique avec neurasthénie. La femme présente un fibrome utérin.

Trois enfants dont deux jumeaux, tous entéritiques. Un traitement au calomel journalier (0 gr. 015) à donné d'excellents résultats chez le père et chez les enfants.

Obs. 244. — M^{me} M... Nervosisme extrême. Insomnies. Le mari paraît bien portant.

A été améliorée par le 914 après phénomènes réactionnels nombreux.

Obs. 249, 250. — M. H... Obèse, rhumatisant. Troubles digestifs. Stigmates dentaires imprécis.

M^{me} H... Femme du précédent, artério-scléreuse hypertendue (22 au Pachon). Troubles digestifs et hépatiques. Améliorée par un traitement au néo.

Obs. 251, 252, 253 et 254. — Famille B. Mère : ictère, hypertrophie du foie. Mauvais état général, traitée à l'arsénobenzol. Au cours du traitement apparaît un zona thoracique et de l'œdème des membres inférieurs. On continue le traitement au calomel intramusculaire. Au bout d'un an, amélioration considérable de troubles hépatiques et de l'état général.

Des trois enfants, l'un est au minus habens; le second est idiot et interné dans un asile, le troisième est entéritique.

Obs. 268, 269, 270, 271, 272 et 273. — Famille D... Le père est P. G. La mère a de la dyspepsie et de l'entérite chronique.

Légère parésie générale. Ni Argyll, ni Romberg. Etat général amélioré par l'énésol.

Des cinq enfants, trois présentent du stigmatisme d'hérédité imprécis. Le quatrième est déséquilibré. Le cinquième est soigné pour ostéite considérée comme bacillaire.

OBS. 274, 275 et 276. — Famille M... La mère est une neurasthénique améliorée par des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Les deux enfants ont de l'entérite et présentent des stigmates dentaires d'hérédité syphilitique possible.

OBS. 277, 278, 279 et 280. — Famille C... Père atteint d'appendicite. Peut-être hérédité. N'a jamais eu les incisives médianes de deuxième dentition. Pas de renseignements sur la mère.

Les trois enfants sont atteints d'entérite.

OBS. 281 et 282. — M. F... Très anémique. Myopie congénitale. Mauvais état général très amélioré par une seule série de néo.

M^{me} F... en bonne santé apparente a fait deux fausses-couches presque à terme.

OBS. 286 et 288. — M^{me} L... Mauvais état général, Palais ogival. Dentition défectueuse.

La fille très asthénique a des stigmates dentaires d'hérédité possible.

OBS. 296. — M^{me} P... Diabète. Le mari est tabétique.

OBS. 297. — M. M... Bonne santé apparente. Mais marié à une hémiplegique et P. G. A d'elle, un fils déséquilibré.

OBS. 301, 302, 303. — Famille L... Le père et la mère, présentent des stigmates dentaires imprécis. De plus la mère est asthénique et dyspeptique. Très améliorée par un traitement de six semaines (cyanure de Hg. intraveineux).

L'enfant a de l'entérite depuis sa naissance. Guéri par le calomel (par voie buccale).

OBS. 308. — M. B... Bonne santé apparente. Marié à une femme atteinte de syphilis acquise. A eu d'elle deux enfants nettement hérédos.

OBS. 312. — M. D... 70 ans. Mort dans le coma après délire sans fièvre (convalescent de pneumonie). Un frère mort fou. Une fille de ce frère est morte de cancer de l'estomac ayant évolué par étapes et très lentement (plusieurs années).

OBS. 314, 315, 316. — Famille V... D'après les renseignements le mari serait peut-être mort de P. G. (?)

Sa femme est morte de cancer de l'estomac. Un fils anémique, a depuis deux ans, des crises d'épilepsie.

OBS. 317. — M^{me} J... Anémique et asthénique depuis l'enfance.

A accouché prématurément à 7 mois d'un enfant porteur d'un méningocèle lombaire.

OBS. 329, 330, 331, 332. — Fils R... L'aînée est morte cardiaque, le second mort cardiaque et de plus emphysémateux et bronchitique, la 3^e sœur est morte d'emphysème et de sclérose pulmonaire. Le seul frère survivant est rhumatisant, emphysémateux et présente de la parésie des membres inférieurs.

OBS. 335, 336 et 337. — Famille F... Le père présente une hémiatrophie de la face très marquée. La mère est morte cardiaque.

Le fils neurasthénique et déséquilibré présente des signes d'insuffisance thyroïdienne avec légère asystolie. Asymétrie faciale nette.

Réaction d'Herxheimer au cours du traitement antisyphilitique.

Obs. 349. — M^{me} B... Bonne santé. Avortement spontané au cours de sa première grossesse.

Obs. 352 et 353. — M^{me} S... Mariée à un héréditaire certain. Est peut-être héréditaire elle-même. Stigmates imprécis.

Un enfant, nourri au sein, a eu de la diarrhée verte. Cris nocturnes. Guéri par quelques gouttes de solution d'oxycyanure de Hg. à 5 %.

Obs. 356. — M. D... Marié à une syphilitique certaine. A eu d'elle un fils à stigmates d'héréditaire précis.

Serait mort tabétique (?).

Obs. 358 et 359. — M. V... Epileptique. M^{me} V... présente des stigmates dentaires imprécis. Elle est fille d'une mère morte d'atrophie musculaire progressive et d'un père cardiopathe.

Leur fils présente des stigmates dentaires très suspects.

Obs. 361. — M^{me} D... Tuberculose pulmonaire. Mariée à un syphilitique acquis. Mère d'une fille présentant un myxœdème et de l'eczéma guéris par le 914.

Obs. 365 et 366. — M. D... Hypertrophie du foie avec ictère (a été à Salonique mais pas de fièvre).

Amélioré rapidement par le calomel.

M^{me} D... Mère du précédent, est eczémateuse bronchitique et emphysémateuse.

Obs. 370. — M^{me} L... Erythème polymorphe suivie de douleurs articulaires persistantes du membre inférieur. Guérie par l'arsénobenzol.

Obs. 371 et 373. — M. M... Stigmates dentaires imprécis. Une sœur atteinte d'appendicite chronique. La mère accuse du strabisme.

Obs. 379 et 380. — M. B... Stigmates dentaires d'hérédité

spécifique probable. M^{me} B... femme du précédent a des troubles dyspeptiques et de l'entérite.

Quatre enfants dont deux jumeaux. Tous les quatre présentent des stigmates précis d'héréd.

OBS. 385. — M^{me} V... Diabète sucré. Nervosisme. Ses enfants sont inconnus. Ses petits-enfants ont des stigmates dentaires très nets d'héréd.

OBS. 388. — M^{me} F... Myxœdème fruste. A deux enfants entériques dont l'un a fait une méningite guérie par le traitement. (Le mari est en bonne santé.)

OBS. 391. — M. A... Céphalées intenses et tenaces. Fils d'un père syphilitique et d'une mère asthmatique présentant des symptômes d'insuffisance hépatique.

OBS. 396. — M. E... Neurasthénie. Hyperesthésie cutanée.

OBS. 399. — M. F... Pneumonie grippale. Très mauvais état général. Stigmates dentaires. Amélioration de son état général par le calomel.

OBS. 400. — M. C... Troubles hépatiques attribués à du paludisme que le traitement par la quinine n'a jamais influencé. Très anémié. Amélioré par le calomel.

Marié à une syphilitique.

OBS. 403. — M^{me} Q... Bonne santé apparente mais femme d'un syphilitique acquis, hémiplegique.

OBS. 405. — M^{me} R... Anémie. Arthrite chronique. Névrites. Plusieurs enfants morts en bas âge. Une fille vivante, bronchitique et dyspeptique, très améliorée par le 914. Elle-même suit un traitement à l'énésol qui atténue ses douleurs.

OBS. 410 à 415. — Famille L... Le grand-père est en bonne santé. La grand'mère a fait une coxalgie à 50 ans. La fille, mariée à un bacillaire, est une myxœdémateuse fruste et une ané-

mique. De ses trois enfants, l'un a des végétations adénoïdes et de l'otite. Il présente en outre de l'entérite améliorée par le calomel. Les deux autres sont également des adénoïdiens et des entéritiques.

OBS. 417. — M. L... Hypertrophie de la prostate. Maladie de Bright légère. Rhumatisme déformant des mains et des pieds.

OBS. 418. — M^{lle} F... Asthénie. Dyspepsie. Léger myxœdémie. Très améliorée par deux séries de néo.

OBS. 423. — M. C... Diabète. Fils myxœdémateux.

OBS. 438 et 439. — M. et M^{me} B... Le mari est emphysémateux et présente de la sclérose pulmonaire. La femme est légèrement emphysémateuse.

Leur fils a des dents d'Hutchinson atypiques.

OBS. 442, 443 et 444. — Famille L...

Le père paraît bien portant mais a du strabisme divergent (une de ses sœurs a eu des crises démentielles).

La mère est obèse et a eu des coliques hépatiques. (Elle est fille d'un père mort interné).

La fille, myxœdémateuse, présente comme son père du strabisme divergent. A 8 ans, a fait une aphasie de vingt-quatre heures.

OBS. 453. — Fille d'une femme très nerveuse. Présente une dentition suspecte. Dyspeptique. Crises d'éclampsie lors d'une première grossesse terminée par accouchement d'un enfant mort.

Deuxième grossesse sans incident avec traitement au néo.

OBS. 455. — M^{me} M... Prurigo généralisé très intense avec épaissement eczématoïde de la peau. Légère exophtalmie.

Traitée sans amélioration à Saint-Louis.

Un traitement au cyanure de mercure intraveineux ayant provoqué une augmentation très nette du prurit, la malade abandonne.

OBS. 456 et 457. — M^{me} C... Neurasthénie. Myxœdème. Femme d'un cardiaque mort subitement et dont tous les ascendants, père, mère, oncles et tantes sont cardiaques.

M^{lle} C... Fille de la précédente; est très anémiée et a de l'entérite.

OBS. 458. — M^{me} M... Mauvais état général. Neurasthénie. Opérée de fibrome utérin.

Le 914 transforme l'état général. Pendant le traitement, apparition d'un zona thoracique.

OBS. 460. — M^{me} J... Dyspepsie guérie par l'arsénobenzol.

OBS. 471. — M. F..., 25 ans. Adénoïdien. Emphysème et asthme. Une sœur myxœdémateuse fruste. Grand'mère paternelle morte diabétique.

OBS. 474, 475. — M^{me} B... Basedow sans exophtalmie. Enfant B... Paralysie faciale gauche dès la naissance. Atrophie très marquée de tout le membre inférieur droit et syndactylie de l'index et du médius. Dents érodées et cannelées.

OBS. 483. — M^{me} G. . Douleurs lombaires et sciatiques. Le traitement au néo provoque des réactions de Herxheimer.

OBS. 491, 492, 493. — Famille L... Le père neurasthénique s'est suicidé. La mère a des bronchites à répétition. Le fils présente une dentition suspecte.

OBS. 494. — M^{me} M... Symptômes d'insuffisance hépatique. Hypertension artérielle (21, 5 au Pachon). Une seule grossesse terminée par avortement spontané au 7^e mois.

Améliorée par deux séries de 914.

En résumé, il résulte de l'examen des 524 observations qu'a bien voulu nous confier le D^r Etienne que :

1° 238 concernent des malades chez lesquels la syphilis paraît certaine (52 syphilis acquises + 186 syphilis héréditaires).

2° 188 concernent des malades chez qui l'on peut admettre une possibilité de syphilis soit acquise soit héréditaire.

3° 98 concernent des malades chez qui l'on doit écarter toute suspicion de syphilis.

Il s'ensuit que sur 524 malades appartenant à une clientèle rurale, 426 peuvent être syphilitiques. Eliminons même les 188 douteux il n'en reste pas moins 238 syphilitiques certains sur 524.

Bien entendu nous ne nous autorisons pas de cette statistique isolée pour en tirer un pourcentage général de la syphilis dans les milieux ruraux de France. Elle ne représente à nos yeux qu'une preuve à l'appui de la fréquence de la syphilis et des renseignements que peut nous donner à ce sujet l'enquête clinique d'un praticien de campagne. Il est très souhaitable que son exemple soit suivi par de nombreux médecins pénétrés de l'importance de cette question et que ces médecins fassent de leur côté une statistique semblable. Il sera possible alors, en confrontant ces divers travaux, d'établir une moyenne qui nous renseignera exactement sur la fréquence de la syphilis en France.

Il est également très souhaitable que les Pouvoirs publics aident le praticien dans sa tâche déjà difficile en mettant à sa disposition des laboratoires bien outillés

en vue des examens sérologiques et hématologiques. Sans doute — les observations précédentes en font foi — l'examen clinique, les commémoratifs, l'enquête familiale, les résultats du traitement d'épreuve, permettent-ils de poser souvent un diagnostic étiologique ferme.

Mais combien de fois le doute serait-il levé à la faveur d'un Wasserman, d'un Hecht ou d'un Jacobsthal positifs ? Encore faudrait-il que ces recherches ne soient pas trop onéreuses pour le malade et que la proximité du laboratoire soit telle que le transport du sérum à examiner ne risque pas de provoquer son altération.

En attendant le jour — que nous espérons prochain — où chaque Français, pénétré de l'importance du fléau social que représente la syphilis, s'efforcera d'en circonscrire les désastres, il reste au praticien le devoir d'en connaître toute l'étendue et d'en combattre les effets. Son savoir clinique et les armes thérapeutiques dont il dispose lui permettent dès aujourd'hui de remplir efficacement cette mission. Mais pour découvrir la syphilis il faut qu'il pense à elle et qu'il s'exerce à la reconnaître à travers les nombreux masques cliniques sous lesquels elle se dissimule si souvent.

Nous donnerons, pour terminer, la liste et le nombre des affections dont la syphilis peut être la cause dans les observations énumérées plus haut, le nombre de ceux contre lesquels le traitement spécifique a été institué et le nombre de ceux dont le traitement a entraîné l'amélioration ou la guérison.

SYNDROMES OU AFFECTIONS pouvant être d'origine ou de nature syphilitique constatés dans les observations précédentes	NOMBRE de cas observés	NOMBRE de cas traités	NOMBRE des cas améliorés ou guéris
Tabès	5	5	5
Atrophie musculaire	2	0	0
Vertiges	2	2	2
Amnésie	3	0	0
Aphasie	1	1	1
Hémiplégie	7	1	1
Paralysies diverses	10	3	3
Paralyse générale	7	3	0
Ramollissement cérébral	2	0	0
Convulsions de l'enfance	3	0	0
Méningite	12	4	2
Névrites diverses	11	5	4
Zona	2	1	0
Sclérodermie	1	1	1
Hémiatrophie de la face	1	0	0
Epilepsie	14	4	1
Troubles mentaux divers	19	6	3
Démence précoce	2	2	2
Paralyse agitante	2	1	0
Neurasthénie	11	6	4
Goitre exophtalmique	5	1	1
Migraines	10	5	5
Insomnies	3	3	3
Cris nocturnes du nourrisson	1	1	1
Amygdalite	3	0	0
Végétations adénoïdes	16	0	0
Dyspepsie	21	11	11
Gastro-entérite et entéro-cô- lite	77	34	27
Ulcère de l'estomac	2	1	1
Cancer de l'estomac	3	0	0
Cancer du côlon	1	0	0
Appendicite	5	0	0

SYNDROMES OU AFFECTIONS pouvant être d'origine ou de nature syphilitique constatés dans les observations précédentes	NOMBRE de cas observés	NOMBRE de cas traités	NOMBRE des cas améliorés ou guéris
Ictère	6	3	2
Insuffisance hépatique . . .	4	4	4
Cirrhose	4	2	1
Cancer du foie	1	0	0
Néphrite chronique	3	2	2
Coryza chronique	1	1	1
Bronchite chronique	7	3	2
Bronchite à répétition . . .	8	5	5
Sclérose pulmonaire	1	1	0
Emphysème	11	2	2
Asthme	10	2	2
Laryngite chronique	2	2	1
Endocardite	1	0	0
Myocardite	6	2	1
Aortite	3	2	0
Anévrisme aortique	1	1	1
Artérite	2	2	1
Angine de poitrine	2	2	1
Pouls lent permanent	1	1	0
Anémie	32	16	14
Diabète	5	0	0
Obésité	3	0	0
Rachitisme	7	0	0
Rhumatisme articulaire . . .	8	3	2
Rhumatisme déformant . . .	4	2	2
Acromégalie	1	0	0
Myxœdème	26	5	4
Maladie d'Addison	3	1	1
Mal de Pott	2	1	1
Coxalgie	3	2	2
Luxation congénitale de la hanche	2	0	0
Cyphose	1	0	0

SYNDROMES OU AFFECTIONS pouvant être d'origine ou de nature syphilitique constatés dans les observations précédentes	NOMBRE de cas observés	NOMBRE de cas traités	NOMBRE des cas améliorés ou guéris
Scoliose	1	0	0
Surdité	2	0	0
Otite	4	0	0
Ptosis	1	1	1
Kératite	4	0	0
Iritis	1	1	1
Rétinite	1	0	0
Strabisme	7	1	1
Prurigo	2	1	1
Ichtyose	1	0	0
Impetigo	1	1	1
Ecthyma	1	1	1
Eczéma	7	1	1
Onyxis	1	1	1

IV

Ce titre de document accessoire, nous allons exposer maintenant les résultats d'une enquête non inédite il est vrai puisqu'elle a déjà fait l'objet d'une communication du D^r Leredde à la Société de Médecine de Paris mais qui n'en apporte pas moins une nouvelle preuve à l'appui de la fréquence de la syphilis dans nos milieux ruraux.

Il s'agit ici d'un village normand de 1.300 habitants dont l'unique médecin qui y exerce depuis une dizaine d'années est appelé dans toutes les maisons sauf cinq ou six. Sans doute ne connaît-il pas tous les syphilitiques de ce village car il n'a pas toujours pu procéder à l'enquête parfois longue et difficile qu'il aurait dû faire pour établir l'étiologie syphilitique de certaines affections qui ont déterminé son appel. Néanmoins, si incomplètes qu'elles puissent être, voici ses conclusions : sur 311 maisons, il y a des syphilitiques certains dans 35 d'entre elles, des syphilitiques probables dans 22 et des syphilitiques possibles dans 22 également. Nous ne retiendront de cette enquête que les 82 cas de syphilis certaine dont nous allons résumer brièvement les observations.

SYPHILIS ACQUISE.

1. — Garçon : roséole, plaques muqueuses.
2. — Femme : contaminée pendant la guerre. Céphalées, paralysie faciale.
3. — Homme : W = +++. Entéro-colite guérie par le 914.
4. — Femme : roséole, plaques muqueuses (Cette femme est peut-être en outre hérédosyphilitique).
5. — Femme : W = ++. Epilepsie améliorée par le 914.
6. — Homme : ulcère de jambe amélioré par le traitement mercuriel. 2 fils jumeaux.
7. — Femme : troubles mentaux, état névropathique, guérison par le 914 (W = 0).
8. — Femme : W = ++.
9. — Femme : W = +++ Ulcus juxtagastrique, estomac spasmodique (radioscopie).
10. — Homme : chancre du doigt en 1919.
11. — Femme : syphilis conjugale.
12. — Femme : Ptosis. Guérison par le traitement mixte iodo-mercuriel.
13. — Femme : ulcère de jambe amélioré par le traitement mercuriel. Une fausse-couché.
14. — Homme : sensation d'angoisse, rétro-sternale (aortite probable) mari de la suivante.
15. — Femme : ulcères de la jambe guéris par le mercure. 2 enfants nés avec anus imperforé.
16. — Syphilis nerveuse. W = +++.
17. — Femme : syphilis nerveuse. W = +++,

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE,

18, 19, 20, 21 et 22. — Homme : épileptique, mort de cancer gastrique.

1^{er} enfant : épileptique.

2^e enfant : épileptique.

3^e enfant : idiot.

4^e enfant : caractère bizarre.

23, 24, 25, 26 et 27. — Homme : luxation congénitale de la jambe.

Femme : stigmates dentaires.

Fils : dolichocéphale, luxation congénitale de la jambe.

Fille : stigmates dentaires.

Fille : stigmates dentaires. Retard considérable du développement physique.

28 et 29. — 1^{er} enfant de 12 ans présentant des ulcérations des membres inférieurs qui cèdent au traitement mercuriel.

2^e enfant, anémique palais ogival.

30 et 31. — Garçon : hydrocéphale, rachitique, nez en lor-gnette, peu intelligent. Stigmates dentaires.

Fille : stigmates dentaires.

32 et 33. — Homme : mort d'ulcère de l'estomac.

Femme : deux fausses-couches. Un enfant prématuré (7mois).

34, 35, 36 et 37. — Femme : entérocolite chronique. Algies multiples.

Fille : dégénérée, rachitique, luxation congénitale double de l'articulation scapulo-humérale. Stigmates dentaires.

Fille : stigmates dentaires.

Fille : chloroanémique.

38. — Fille : stigmates dentaires. Père syphilitique.

39, 40, 41. — Femme : stigmates dentaires.

1^{er} enfant : chloroanémique, adénoïdien.

2^e enfant : stigmates dentaires, tibias incurvés en varus.

42, 43, 44 et 45. — Homme : nez en selle anglaise, bosses frontales.

1^{re} fille : chétive, anémique ; troubles intestinaux, nez aplati, stigmates dentaires.

2^e fille : anémique, dégénérée ; entérite chronique, luxation congénitale de la hanche.

3^e enfant : mort au 2^e jour (poids 1.500 grammes à la naissance).

46, 47 et 48. — Trois frères, atteints tous les trois de rachisme marqué, surtout thoracique. L'un d'eux présente du strabisme.

49. — Homme de taille démesurée, bec de lièvre.

50. — Enfant chétif, retard du développement osseux. Fils d'une mère syphilitique (S. acquise et peut-être aussi S. héréditaire).

51. — Enfant à stigmates. Fils d'une mère syphilitique acquise.

52. — Enfant : stigmates dentaires. Palais ogival.

53 et 54. — Deux enfants jumeaux fils de père syphilitique.

55. — Femme atteinte de troubles mentaux avec céphalées : a fait une fausse-couche gémellaire à 7 mois 1/2.

56, 57, 58. — Femme anémique.

Femme : sœur de la précédente, neurasthénique guérie par le novarsénobenzol. W=++.

Homme : frère des précédentes. Sciatique améliorée par le mercure.

59, 60 et 61. — Femme : goitre exophtalmique. Stigmates dentaires.

1^{re} fille : retard intellectuel. Goitre exophtalmique.

2^e fille : goitre exophtalmique et stigmates dentaires.

62, 63, 64 et 65. — Quatre filles obèses avec stigmates dentaires.

66 et 67. — 1^{er} enfant : chétif.

2^e enfant : ptose viscérale généralisée.

La mère a eu trois fausses-couches.

68, 69, 70 et 71. — Femme : nez en selle. Front saillant. Demi-idiotie. Trois enfants dégénérés avec stigmates dentaires.

72, 73 et 74. — Deux enfants nés avec anus imperforé.

Une fille anémique.

Le père et la mère sont syphilitiques.

75, 76 et 77. — Femme sourde.

Une fille dégénérée.

Un petit-fils idiot (pieds et mains palmés).

78. — Femme : insuffisance aortique, hypertension artérielle. A eu trois fausses-couches.

79, 80, 81 et 82. — Homme : caractère indécis à tendance neurasthénique.

Trois enfants avec stigmates dentaires et exophtalmie.

Pour ne pas grossir démesurément le caractère uniquement accessoire de ces observations nous laisserons de côté les nombreux cas de syphilis probable ou possible. Ils concernent des malades souffrant d'affections variées, surtout nerveuses (hémiplegie, troubles

cérébelleux, paralysie faciale, apoplexie précoce, ramollissement cérébral, troubles mentaux, etc). et présentant des stigmates plus ou moins caractérisés, ainsi que d'autres malades, également stigmatisés, atteints d'infirmités et de troubles de développement.

Dès lors, il n'est pas impossible, comme conclut le Dr Leredde, que dans un village français de 1.300 habitants, 300 environ soient atteints de syphilis acquise ou surtout héréditaire, soit 23 % environ.

PROPHYLAXIE

Jusqu'à présent, la lutte contre les maladies parasitaires n'a pu être entreprise avec succès que contre des infections épidémiques dans lesquelles la contagion est presque toujours médiate et dont la propagation peut-être arrêtée ou entravée par des vaccins ou sérums préventifs et par des mesures administratives diverses.

Contre la syphilis, maladie parasitaire endémique et qui se transmet surtout d'une manière immédiate, de semblables moyens de lutte sont impossibles ou inopérants. Nous ne possédons en effet, ni vaccin ni sérum préventif. Les mesures individuelles de préservation contre la contamination d'origine vénérienne n'offrent qu'une sécurité plus qu'illusoire. Celles qui s'opposent à la contamination accidentelle ou professionnelle sont d'un emploi plus facile en théorie qu'en pratique et ne sont du reste applicables que dans un nombre de cas relativement restreint. Quant aux mesures administratives, elles se résument en une seule institution : la surveillance médico-policière de la prostitution. Il suffit de constater la fréquence actuelle de la syphilis pour juger la valeur d'un système employé depuis de nombreuses années.

Nous resterions donc à peu près impuissants contre ce fléau social si, par bonheur, nous ne possédions un moyen d'action efficace : le traitement. Jusqu'à ces dernières années, ce traitement n'utilisait que le mercure, médicament actif sans doute mais peu sûr et lent. Aujourd'hui, la découverte des arsénobenzènes, plus récemment celle des sels de bismuth, nous ont dotés de médicaments spirillicides énergiques et rapides. Le traitement par les sels de bismuth, exigeant une injection tous les cinq jours et une surveillance fréquente de la bouche par le dentiste, est peu pratique quand il s'agit de paysans, d'ouvriers ou d'employés ne pouvant disposer librement de leur temps. Mais les arsénobenzols n'ont pas ces inconvénients. Grâce à eux, la prophylaxie de l'endémie est réalisable par des moyens thérapeutiques permettant de stériliser rapidement les porteurs de germes. Elle relève donc avant tout du médecin. Lui seul est à même de diagnostiquer non seulement les syphilis externes, visibles, mais encore les syphilis profondes si souvent méconnues. Lui seul peut faire œuvre véritablement prophylactique en empêchant la transmission du contagion causal d'adulte à adulte ou de mère à fœtus.

Il semble donc que la lutte anti-syphilitique soit facile à mener à bien. Malheureusement sa simplicité n'est qu'apparente. Contre une endémie aussi généralisée il faut une action unanime qui s'appuie non seulement sur la collaboration du corps médical mais encore sur la collaboration du gouvernement et sur celle de l'opinion publique. Or, en France, pays particulièrement

fertile en initiatives individuelles, toute entreprise nécessitant un plan, une méthode, une organisation d'ensemble, une discipline, paraît presque impossible. Les hommes de gouvernement n'ont jamais fait preuve jusqu'ici de qualité d'organisation ni même de volonté d'organisation en matière d'hygiène. En ce qui concerne la prophylaxie de la syphilis, l'opinion publique est indifférente parce que non alertée encore. L'action gouvernementale qui devrait fournir les possibilités matérielles et se traduire par conséquent par des actes ne semble jusqu'à présent se manifester que par des paroles. A ce point de vue, la dernière circulaire du ministre de l'Hygiène aux préfets (12 Mars 1923) relative à la lutte contre les maladies vénériennes est typique. Sans doute le ministre manifeste-t-il une très louable préoccupation de pallier au danger social de la syphilis, mais, comme le fait remarquer le commentaire qui accompagne la publication de cette circulaire dans le *Monde Médical* : « Tant que l'on n'aura pas fait inscrire au budget une somme importante pour lutter contre le tréponème, on n'aura à opposer que de belles paroles à un organisme verbo-résistant. »

Quand à l'action du corps médical, il existe sans doute dans notre pays un grand nombre de médecins éclairés et pleins de bonne volonté. Mais leur action rappelle un peu celle de tirailleurs dispersés dans un front menacé où il faudrait un tir de barrage particulièrement intensif. Isolés, les efforts de ces médecins risquent d'être inefficaces dans une lutte qui semble ne pouvoir aboutir qu'à la condition qu'un organisme central les

coordonne et leur donne les moyens de s'employer d'une manière active et prolongée.

Nous n'avons personnellement, ni l'expérience ni l'autorité nécessaires pour indiquer ce qu'il convient de faire pratiquement. Nous nous contenterons plus modestement d'insérer ci-après deux notes relatives aux problèmes que soulève la prophylaxie de la syphilis rurale.

La première émane du même praticien de campagne auquel nous devons la documentation clinique de ce travail, le Dr Etienne. A notre demande, il a bien voulu nous exposer les difficultés qu'il rencontre dans le milieu rural où il exerce pour lutter contre la syphilis et les mesures, qu'à son avis, il serait urgent de prendre si l'on veut enrayer le fléau.

La seconde est un résumé de l'action antisiphilitique en Belgique d'après les rapports et conférences du professeur Bayet de Bruxelles, principal instigateur de la lutte anti-vénérienne dans ce pays. Cette action qui s'amplifie de jour en jour a déjà donné des résultats très encourageants. La Belgique est sœur de la France. Trop de similitudes de langue, de mœurs, de religion, de tempérament, rapprochent ces deux pays pour que ce qui a été fait avec succès dans l'un ne puisse être réalisé dans l'autre avec un égal bonheur.

Après avoir exposé ces deux notes, nous essaierons d'en dégager les grandes idées qui nous paraissent devoir constituer le squelette d'une prophylaxie vraiment pratique et efficace.

NOTE I

OBSTACLES QUI S'OPPOSENT A LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS RURALE.

Les difficultés de la lutte anti-syphilitique à la campagne ont une seule et unique cause : l'ignorance.

Elles sont de deux ordres : difficulté de diagnostic, difficulté de traitement. Je les exposerai d'abord.

J'exposerai ensuite mes idées sur la lutte contre la syphilis, particulièrement contre celle de la femme enceinte et du nouveau-né, but primordial de la régénération de la race.

Je tracerai enfin au programme d'éducation des milieux populaires et médicaux et terminerai par l'exposé des mesures que je désirerais voir adopter par les Pouvoirs publics en France.

*
* *

Jusqu'à l'année 1920, le praticien de campagne n'avait à sa disposition aucun laboratoire à qui confier les diverses recherches sérologiques ou bactériologiques dont il pouvait avoir besoin. Ce privilège était réservé à ceux qui étaient installés à proximité d'une ville de Faculté ou d'un grand centre urbain, c'est-à-dire à une exception. En général, pas de laboratoire pourvu d'ultra-microscope pour le diagnostic des lésions récentes suspectes, pas de compétence indispensable pour les examens sérologiques.

Chacun sait combien ces réelles compétences sérologiques sont rares aujourd'hui dans les grands centres eux-mêmes. Au surplus, un laboratoire privé n'aurait pas fait ses frais et aurait dû fermer rapidement ses portes.

Depuis deux ans il a été créé des dispensaires départementaux. Le premier but de ces dispensaires a été le dépistage des tuberculeux ; en général, ils sont bien outillés dans ce but. On a voulu leur adjoindre le dépistage de l'infection syphilitique : les résultats, du moins dans l'Eure, ont été jusqu'ici fort médiocres. En dix-huit mois, le laboratoire d'Evreux a pratiqué en tout et pour tout 62 examens de sérum (56 femmes et 6 hommes) soit par mois 3 à 4 examens pour une population de 103.879 habitants (arrondissement d'Evreux).

La conclusion à tirer de cet exemple est ou bien que la syphilis n'existe pas à Evreux — ce qui est inadmissible — ; ou bien que les médecins se contentent du diagnostic clinique, très souvent insuffisant ; ou bien qu'ils pensent rarement à la syphilis. Là, comme probablement partout ailleurs, ils adressent leurs malades au dispensaire en vue du diagnostic de la tuberculose qu'ils estiment fréquente et non en vue de celui de la syphilis dont la fréquence est incomparablement plus grande.

Ce dispensaire d'Evreux est unique dans le département. L'Eure est une région agricole ; ses 303.159 habitants sont disséminés ; un arrondissement, celui des Andelys est séparé par la Seine du reste du département et ses communications avec le chef-lieu sont fort difficiles. On peut en dire autant de la région de Pont-Audemer et de toute la vallée de la Seine. C'est à ces diverses causes qu'il faut attribuer la médiocrité des résultats obtenus quant à la syphilis, seul point qui nous occupe ici.

Au point de vue du traitement les résultats du dispensaire sont *nuls*. Le Dr Oursel, maire de la ville d'Evreux, conseiller général, médecin éclairé et bien connu de la population a, pendant dix-huit mois, attendu vainement son premier client pour traitement. Je n'affirmerais pas qu'à l'heure actuelle il n'en soit encore de même.

Pour lui, il le déclare hautement, l'étiquette « anti-syphilitique » accolée au mot dispensaire éloigne le malade.

La situation dans l'Eure n'est probablement pas unique et sans avoir pour d'autres départements des renseignements aussi précis, il semble bien que les résultats soient semblables.

Les causes semblent être : d'une part, la méconnaissance de la syphilis par le corps médical ; d'autre part, l'idée de honte attachée à cette maladie.

Sans nul doute, la plupart des médecins ne laisseront pas passer sans le reconnaître un chancre génital mais en revanche si les caractères de ce chancre sont anormaux, s'il est extra-génital l'absence de laboratoire tout proche empêchera le diagnostic précoce, j'allais dire : d'urgence.

Les accidents cutanés ou muqueux ne pousseront le malade à consulter que s'ils sont très marqués et vraiment gênants ou trop visibles. Le paysan se préoccupe peu de ce qu'il appelle « une éruption de sang » troublant à peine l'état général. Et il faut avouer que, souvent, ces éruptions sont peu marquées sur le travailleur des champs comme du reste sur le citadin.

Les formes cutanées plus rares seront le plus souvent qualifiées d'eczéma et attribuées à une intoxication alimentaire. La dermatologie, science difficile et nécessitant une longue expérience, n'est pas le domaine favori du praticien campagnard. Presque jamais, devant des faits semblables, le praticien n'aura

l'idée de recourir à un examen sérologique qui, souvent ferait le diagnostic. Pourquoi ?

Peut-être à cause de son éducation médicale insuffisamment imprégnée de l'importance de l'étiologie. Le praticien s'occupe rarement de l'étiologie d'une affection cutanée, sauf si cette affection s'accompagne d'un état fébrile marqué. S'il soupçonne l'étiologie des éruptions morbillieuses, scarlatineuses, typhiques ou varioliques il ne pensera presque jamais à rechercher celle d'une éruption cutanée chronique telle l'eczéma ou la psoriasis. Il ne recherchera pas davantage, dans bien des cas, celle d'une affection viscérale chronique car, jusqu'à ces derniers temps, les conceptions pastoriennes ne paraissent pas avoir beaucoup orienté la médecine vers la recherche des causes pathologiques.

D'autre part, pour le praticien de campagne, la ponction veineuse n'est pas encore d'un usage courant ; pour beaucoup, c'est une véritable petite opération nécessitant une habileté consommée. Elle est ignorée des autres parce qu'ils ne l'ont jamais vu pratiquer.

Pis encore est la ponction lombaire.

Enfin, où adresser le sérum et à quel laboratoire sérieux ?

Autant de difficultés pour un médecin dont les minutes sont précieuses et le gain difficile par ces temps de vie chère.

Quant aux malades, s'ils connaissent la saignée, moyen thérapeutique fort employé en art vétérinaire, ils craignent fortement la saignée faite à l'aiguille et non à la lancette. Pour eux tout procédé nouveau est suspect. Ils croient encore, sans oser l'avouer, au surnaturel, aux pratiques baroques, mais non aux procédés scientifiques. Leurs pères n'avaient-ils pas des prières souveraines, parce qu'incompréhensibles, contre les tranchées

des chevaux, les maladies des moutons, etc... ! Les ruches que l'on oubliait d'endeuiller d'un crêpe à l'occasion d'un deuil familial ne périlicitaient-elles pas dans l'année ! Si l'on ajoute à cela le préjugé que toute malformation ou lésion génitale ou paragénitale telle la hernie inguinale ou les hémorroïdes est quelque peu honteuse, on comprendra que l'aveu n'en soit fait qu'à mots couverts. Que sera-ce de la syphilis, mal honteux entre tous, confondu souvent du reste dans l'esprit du paysan avec l'infection neissérienne, et due comme cette dernière à « la mauvaise vie avec les femmes de mœurs légères » ! On comprend dès lors, pourquoi le médecin ne voit que deux ou trois chancres dans un an, autant d'accidents secondaires, surtout, s'il passe pour s'occuper un peu spécialement de la question. Le malade se confiera plus facilement au pharmacien. Si celui-ci fait un diagnostic approximatif et s'il est honnête, il engagera le malade à voir un médecin mais rarement le médecin un peu spécialisé parce que la réputation de ce dernier effraie le malade et peut-être aussi parce que ce spécialiste rédige peu d'ordonnances lucratives. Conséquence inattendue : neuf fois sur dix, le médecin consulté sera le moins compétent.

Et puis la quatrième page des journaux ne porte-t-elle pas l'indication des remèdes les plus merveilleux et même l'annonce de la guérison en une seule injection ! Le moins intelligent ou le plus timoré des malades s'en tiendra aux comprimés de « Gibert » ou à la « salsepareille rouge » avec envoi discret. Le plus courageux ou le plus moderne ira jusqu'à l'injection ; il en sortira blanchi peut-être mais toujours contagieux et non guéri.

La syphilis viscérale est, en règle, toujours méconnue. Elle est même niée par beaucoup de praticiens, à tel point qu'un de mes malades, actuellement en traitement pour irido-cyclite avec accidents glaucomateux, avouant une syphilis acquise ancienne, chez lequel j'avais porté bien avant l'accident oculaire le diagnostic de syphilis hépatique fut dissuadé du traitement par un confrère, médecin chef de l'hôpital civil d'une ville voisine. Il est vrai que ce même confrère, chargé de l'inspection de la maison de tolérance de cette petite ville a permis d'exercer sa profession à une pensionnaire de l'établissement, laquelle, en quelques semaines a contaminé 24 sous-officiers de la garnison et cela, malgré l'intervention du médecin militaire.

Il y a donc des fautes dues à l'ignorance. D'autre part la vie médicale est difficile, les honoraires n'ayant pas suivi la progression de la vie chère. Puisque le malade répugne à l'idée d'une syphilis possible, ne nous occupons pas d'étiologie, faisons le métier de distributeurs d'ordonnances. Le malade nous en saura gré et nous conservera sa confiance. Quand la syphilis aura causé des désastres, quand nos malades seront mourants d'accidents nerveux, hépatiques, pulmonaires, cardio-vasculaires ou rénaux nous incriminerons l'artério-sclérose alcoolique ou une malheureuse hérédité ou quelque autre cause occasionnelle ou adjutive ou médiate.

En général, on ne reproche aux médecins que les insuccès survenus après des traitements actifs, jamais l'expectative. Or, ces insuccès arrivent toujours sur des malades agonisant debout.

Ce n'est pas seulement le malade qui est victime du préjugé qui fait de la syphilis une maladie honteuse. Les médecins eux-mêmes semblent quelquefois partager ce préjugé. Comment comprendre, autrement, que de nombreux confrères de ma con-

naissance se refusent à diagnostiquer une syphilis souvent évidente, chez eux, chez leurs proches ou chez leurs amis et à la traiter ? Or, ce sont justement ces confrères qui reprochent au praticien clairvoyant et convaincu, de voir la syphilis partout et de n'employer que le même traitement dangereux pour les malades. Sans qu'ils s'en rendent compte, leur résistance contribue à entraver l'évolution des idées dans nos campagnes et à favoriser indirectement l'extension de l'infection spirillaire.

Si les arsénobenzènes passent pour dangereux auprès du public la faute en incombe un peu à ces confrères et ce préjugé est entretenu par les inconvénients de la molécule arséno-benzolique et par le discrédit de la voie d'introduction. La réaction d'Herxheimer, à formes aussi nombreuses que la variété des localisations syphilitiques est encore très mal connue de la plupart des médecins. Ces réactions, sans gravité pour qui les connaît, sont considérées par les médecins peu avertis comme une contre-indication à poursuivre le traitement. De là, les désastres dus à la réactivation.

En somme, pour le public comme pour un grand nombre de praticiens, la syphilis est une maladie honteuse et assez rare. Cette idée de honte inextirpable de l'esprit des bourgeois des petites villes et des campagnards est plus facile à vaincre chez les ouvriers. L'idée de syphilis, maladie héréditaire, est mieux acceptée et c'est presque la seule qui permette de faire un traitement convenable, sauf chez le nourrisson si l'on veut employer les injections, bien qu'on puisse quelquefois vaincre la répulsion des mères. Ceci a une grosse importance, car la lutte contre l'hérédo-syphilis, syphilis la plus fréquente actuellement, constitue le facteur le plus important du problème.

A mon avis, toute femme enceinte syphilitique doit être immédiatement traitée dès le début de sa grossesse. La syphilis, doit être recherchée systématiquement chez toute femme enceinte, même si elle est indemne de syphilis acquise (de même que son conjoint).

Je dis sciemment « indemne de syphilis acquise » car il existe malheureusement une syphilis héréditaire, d'une fréquence inouïe, souvent latente ou presque de 20 à 45 ans, chez la femme comme chez l'homme. Or cette syphilis héréditaire se transmet à l'enfant aussi sûrement que la syphilis acquise et cause parfois d'aussi grands désastres lorsque chaque conjoint apporte au fœtus sa part d'infection.

Au moindre soupçon clinique, corroboré si possible par les renseignements du laboratoire et surtout par une sévère enquête familiale, il faut commencer immédiatement un traitement intensif qu'on poursuivra jusqu'à la parturition. Après l'accouchement, commencer le traitement chez l'enfant, avec une semblable énergie, et ceci, pendant un an au moins.

Si rien n'autorise à soupçonner une syphilis acquise ou héréditaire (cas trop rares hélas !) on doit rester dans l'expectative en surveillant sévèrement l'enfant pour intervenir au moindre trouble chronique d'étiologie mal déterminée.

C'est à ces conditions, que nous verrons se développer de vigoureux enfants, sans, pour ainsi dire aucun trouble digestif à moins de fautes très graves — et que les accoucheurs verront, à leur grande surprise, disparaître ou presque les infections puerpérales ayant de la gravité. Ce sera, en effet, chez les femmes soigneusement traitées que l'on pourra juger de la tolérance d'un utérus gravide à l'infection.

Que faut-il donc faire pour arriver à ces résultats ? Éduquer

le médecin, éduquer la masse, indiquer aux pouvoirs publics la marche à suivre pour faire cette éducation et éteindre la syphilis.

Éducation du médecin. — Il faut faire entrer dans l'esprit de chaque praticien et de chacun des étudiants présents et futurs cette prophétie de Ricord : « un jour viendra où la pathologie ne sera qu'une annexe de la syphiligraphie. » Il est en effet, nécessaire de réformer et d'instaurer sur de nouvelles bases l'enseignement relatif à la syphilis.

Cet enseignement débutera par des leçons ayant pour but de faire disparaître chez l'étudiant jeune l'idée de honte qui s'attache encore à l'infection syphilitique.

Par l'étude des plus anciens écrits de l'humanité, par la lecture des auteurs anciens, on lui démontrera, chose facile, que la syphilis, infection spéciale à l'espèce humaine, existe depuis la plus haute antiquité.

On lui enseignera la technique nécessaire au diagnostic de toute lésion externe, génitale ou non.

On lui apprendra la valeur de l'enquête familiale après lui avoir exposé les troubles chroniques et les affections dont le spirochète peut être la cause.

Ceci fait, on l'engagera à faire lui-même son enquête familiale sur ce point spécial. Ce sera dans l'étude de sa propre famille que l'étudiant pourra prendre souvent conscience de la fréquence réelle, de la gravité sociale de l'infection. En même temps, il verra s'éloigner de son esprit toute idée de honte attachée à un mal qui a tué ou fait souffrir les siens.

A chaque hôpital, urbain ou provincial, sera rattaché un dispensaire dirigé par un médecin spécialisé après de fortes études générales et dont le laboratoire sera confié à un sérologiste

compétent. Ce dispensaire sera ouvert à tout étudiant désireux d'apprendre les moyens pratiques d'explorations, de diagnostic et de traitement.

Les dispensaires qui ne seront rattachés à aucun service de Faculté feront dans le même sens et les mêmes moyens l'éducation du praticien qui voudra compléter son instruction sur cette question spéciale.

Les indigents recevront dans ces dispensaires des soins entièrement gratuits. Les malades plus fortunés pourront y recevoir des soins sur des bases à fixer. Les classes aisées ou riches n'y seront traitées, dans certains cas, que contre des honoraires convenables.

Les syndicats médicaux sont bien placés pour désigner ces médecins de dispensaire. Leurs membres seront les pairs qui jugeront à l'œuvre leurs confrères en même temps qu'ils pourront contrôler les résultats. Une atmosphère de confiance réciproque unira dans le même but le médecin du dispensaire et ses confrères du même groupement médical.

Il faut créer au plus tôt des dispensaires nombreux d'éducation et de traitement. La question de la syphilis est trop ignorée actuellement de la presque totalité des médecins pour qu'on puisse faire rapidement l'éducation des praticiens et donner aux malades les soins nécessaires s'il n'y a, pour cette tâche, que les organismes encombrés des grands centres trop éloignés. Cette question est tellement ignorée qu'il n'y a pas deux ans, un pédiatre des plus distingués d'un hôpital parisien écrivait que pendant trois mois il avait cherché vainement « pour les traiter à l'arsénobenzol, des hérédos dans son service sans pouvoir en rencontrer un. » Sans vouloir entamer de polémique, j'affirme cependant, et cela sans avoir jamais pénétré

dans ce service, qu'une simple visite de deux heures me permettrait certainement d'en découvrir un grand nombre.

La diffusion extrême des centres de traitement qui seraient en même temps des centres d'éducation est une condition *sine qua non* du succès.

Je reprocherai à la Commission des maladies vénériennes de ne pas avoir, pour la province, compris l'obstacle que représente la distance. Cette diffusion devra, bien entendu, se faire à mesure que seront créés les compétences médicales et sérologiques nécessaires. Mais dès à présent, il faut faire tout l'effort possible en utilisant celles qui existent. C'est une question de volonté, d'argent et de temps.

Éducation du public. — La disparition de la syphilis ne sera possible qu'à la condition expresse de faire une campagne de presse intense pour lutter contre le préjugé de la maladie honteuse, expliquer au public l'importance nosogène de la syphilis et lui faire comprendre toute la gravité de cette infection pour l'individu et sa descendance.

La presse de tout ordre, les tracts, les conférences publiques accompagnées de projections de films cinématographiques seront les plus sûrs moyens d'instruire la masse.

Il faut créer jusque dans les plus petites communes des conférences avec projections, faites par les instituteurs, éclairés dès l'école normale sur cette importante question sociale. Ces conférences seront destinées à tous, adultes et tout jeunes gens, en insistant sur l'importance de la prophylaxie.

Dans les collèges, les lycées, les grandes écoles un semblable enseignement devrait être également créé dans ce sens.

Il faut apprendre à tous la facilité de stérilisation d'une syphilis récente comparativement aux difficultés que rencontre

le traitement d'une syphilis ancienne. Il faut inculquer à la masse la gravité de la syphilis, maladie viscérale. Il faut faire l'éducation des mères sur les rapports de la syphilis avec la morbidité et la mortalité infantiles.

Dans les casernes, cet enseignement sera continué aux jeunes soldats. On profitera du passage de l'homme dans l'armée pour soigner ceux chez lesquels la clinique et le laboratoire révéleront des symptômes organiques ou sérologiques.

Rôle des Pouvoirs publics. — En Belgique, la reine et le cardinal Mercier, avec leur haute autorité morale, viennent de donner le premier coup de pioche dans l'édifice si tenace de l'hypocrisie sociale. Nous émettons le vœu qu'en France, les Pouvoirs publics s'inspirent de cet exemple et entrent bravement dans la lutte.

C'est à eux qu'incombe, avec l'appui de conseillers compétents, le soin de prendre les mesures utiles pour éclairer la masse et les médecins. Malgré l'état de nos finances, l'économie n'est pas possible quand il s'agit d'une telle œuvre. Il ne faut plus revoir les pénibles discussions passées au moment du vote du budget de l'Hygiène.

La médecine administrative doit disparaître pour faire place à une médecine moins bureaucratique et plus pratique. Les syndicats médicaux sont prêts, je crois, à se mettre à la besogne.

Dès maintenant, il convient de mettre à la disposition d'une ligue antisiphilitique nationale les fonds nécessaires à une campagne éducative. Dès maintenant aussi il faut prévoir l'établissement de dispensaires et rechercher les compétences médicales et sérologiques. Il faut commencer l'installation de ces organismes de traitement et d'éducation dans les centres ruraux

même peu importants en tenant compte des facilités de communication qu'ils présentent. Il convient aussi de ne pas lésiner, comme l'a bien montré le Dr Leredde dans son rapport à la Commission des maladies vénériennes, si l'on veut vraiment mettre à la tête de ces dispensaires des hommes de science.

Ces petits centres feront rapidement de nouveaux essaims et en peu de temps le réseau des mesures antisypilitiques englobera dans ses mailles le pays tout entier.

Ce but atteint, la syphilis régressera vite. Quelques années plus tard, elle aura à peu près disparu.

A ces centres bien outillés en personnel et matériel, l'on confiera le traitement et la surveillance des prostituées de toute classe. Les municipalités seront s'il en est besoin, intéressées à la surveillance de ce personnel spécial si l'on met à leur charge le traitement des malades contaminés dans les établissements classés et connus.

Les établissements nocturnes seront supprimés quels que soient les intérêts en jeu.

Les casernes urbaines seront remplacées, après désaffectation par de vastes camps d'instruction, éloignés de toute promiscuité féminine ; là seulement peut se faire vraiment l'instruction militaire du jeune soldat.

Par tous les moyens convenables seront favorisés les mariages d'individus jeunes. Les conditions de vie matérielle des femmes seules seront améliorées en obligeant leurs employeurs à leur payer des salaires en rapport avec le travail fourni et qui leur permettront de vivre convenablement du fruit de leur travail.

Finalement, une loi interdira toute réclame pharmaceutique ailleurs que dans les publications corporatives médicales ou pharmaceutiques.

NOTE II

LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS EN BELGIQUE

Après la guerre de 1914-1918, le gouvernement belge, légitimement inquiet de l'extension considérable qu'avait prise la syphilis du fait de l'occupation et redoutant que la démobilisation de ses troupes, fortement infectées, n'aggravât encore la situation, prit des mesures d'urgence en utilisant les organisations qu'il avait sous la main. Malgré le désarroi de sa réinstallation, il parvint, grâce à ces moyens de fortune, à arrêter la marche progressive de l'infection du pays.

Ceci fait, il a cherché à s'organiser d'une façon plus méthodique. Etant donnés les résultats insuffisants de la prophylaxie antisyphilitique telle qu'elle avait été pratiquée jusqu'alors, le Conseil supérieur d'Hygiène, saisi de la question, a élaboré, après discussion d'un rapport du professeur Bayet du 5 août 1920, un nouveau plan de lutte, réformant radicalement l'ancien et que le gouvernement s'est empressé d'adopter et de mettre aussitôt en pratique. Ce plan tend à substituer à une prophylaxie qui était surtout d'ordre administratif, une nouvelle prophylaxie qui est surtout d'ordre médical et moral et qui se base sur les récentes découvertes de la syphiligraphie (découverte du tréponème, de la séro-réaction, des arsénobenzols).

Cette prophylaxie se propose comme but fondamental, la

stérilisation thérapeutique des porteurs de germes, le terme « stérilisation » impliquant moins l'idée de guérir les syphilitiques que celle de les empêcher de transmettre la syphilis. A ce point de vue, les arsénobenzènes sont les médicaments de choix, car ils effacent avec une rapidité parfois déconcertante les lésions contagieuses et empêchent, mieux que tout autre moyen, les récidives. Le 606 et le 914 ont été adoptés, jusqu'à nouvel ordre, à l'exclusion de tout autre.

Pour obtenir cette stérilisation, la collaboration du corps médical tout entier est indispensable. Jusqu'à présent, la mission de combattre le fléau syphilitique reposait, en fait, plus sur certains organismes déterminés (police des mœurs, médecins des hôpitaux et des policliniques, médecins agréés) que sur l'ensemble du corps médical. Sans doute, tous les médecins étaient amenés à traiter des cas de syphilis et contribuaient ainsi, dans une certaine mesure, à l'œuvre de prophylaxie. Mais, faute de connaissances techniques, d'instrumentation et en raison du prix élevé des médicaments, cette intervention était insuffisante et souvent illusoire. Les recommandations du pouvoir central n'avaient sur lui qu'un effet restreint. La syphilis était donc souvent méconnue et quand elle était diagnostiquée, elle était quelquefois très insuffisamment traitée. Or, cette maladie est, à l'heure actuelle, répandue dans le pays tout entier. Il faut la dépister jusque dans le plus petit village. Pour la combattre, il est donc indispensable de faire appel au corps médical tout entier. Sans la collaboration du médecin de quartier et du médecin de campagne, l'œuvre de prophylaxie ne peut atteindre son but. Il faut donc instruire ces praticiens du rôle qu'ils sont appelés à remplir et leur fournir les moyens nécessaires.

En conséquence, le gouvernement a adopté diverses mesures qui comportent :

1° La création de dispensaires de prophylaxie établis sur le modèle de celui qui a été créé à Liège en 1912 par le professeur Bayet et le Dr Malvoz ;

2° L'utilisation d'organismes déjà existants, tels que consultations hospitalières et polycliniques, mais adoptant dans leurs grandes lignes, l'organisation des dispensaires ;

3° La distribution gratuite aux malades des médicaments stérilisants.

Dispensaires de prophylaxie.

Le dispensaire de prophylaxie est un office de diagnostic, de dépistage, de traitement, de contrôle, de surveillance, associant tous les praticiens à l'œuvre générale de préservation sociale. dehors de cette fonction essentielle, il a aussi pour but de faire l'éducation technique du corps médical et peut contribuer à la campagne de propagande morale contre la syphilis.

Il comprend : un laboratoire de diagnostic, dirigé par un sérologiste compétent ; un service clinique, qui reçoit les malades indigents ou de condition peu aisée envoyés par les médecins et ceux qui s'y présentent spontanément ; une documentation constituée par des fiches d'observation médicale et d'enquête sociale.

Le dispensaire est gratuit. Il est ouvert à des heures qui permettent aux ouvriers ou employés de s'y présenter en dehors de leurs heures de travail. Le médecin directeur ou les médecins adjoints, en dehors de leur rôle médical proprement dit, ont aussi un rôle moral important à remplir, celui de convaincre

le malade de la nécessité de se soigner longtemps et de l'instruire des graves conséquences que sa maladie peut avoir pour lui, pour ses enfants, sa femme, etc. En principe, le médecin de dispensaire ne doit pas avoir à examiner plus de 4 nouveaux malades par jour et à traiter plus de 20 malades déjà examinés.

Le dispensaire de prophylaxie doit s'abstenir d'attirer la clientèle des médecins de la circonscription. Il doit être au contraire le collaborateur actif du corps médical et permettre à celui-ci de soumettre ses malades à un traitement scientifique établi sur des bases microscopiques et sérologiques et suivi dans ses effets. Le laboratoire est à la disposition des médecins de la circonscription. Le service clinique peut traiter les malades à la demande de ces médecins et donne à ces médecins tous les conseils et indications utiles.

L'œuvre du dispensaire est placée sous la direction et le contrôle permanent d'un comité administratif composé de représentants des pouvoirs publics, et des groupements qu'assurent le budget de l'institution, de délégués des unions professionnelles médicales de la circonscription et de personnalités compétentes qui garantissent le caractère rigoureusement scientifique de l'œuvre elle-même. Un tiers des membres de ce comité est fourni par les représentants des pouvoirs publics, deux tiers par les délégués des unions professionnelles qui désignent notamment une ou deux personnalités compétentes en prophylaxie antivénérienne. Le comité reçoit les subsides, gère l'emploi des fonds, procède aux nominations du personnel médical et infirmier, rédige chaque année un rapport sur la marche de l'œuvre et justifie l'utilisation des crédits mis à sa disposition. Enfin, les médecins du dispensaire ne sont jamais rémunérés d'après

le nombre des consultations et des injections ; ils reçoivent des appointements fixes.

Ces dispensaires sont prévus à raison d'un par circonscription. L'initiative de leur création revient aux provinces, aux communes, aux unions professionnelles, aux administrations hospitalières, aux mutualités, à la Croix rouge. Actuellement, cinq dispensaires ont été fondés.

Consultations hospitalières et policliniques.

Moins importants que les dispensaires en ce qui concerne la lutte contre la syphilis rurale, ces organismes peuvent cependant aider dans cette lutte les praticiens qui exercent dans les communes avoisinant les grands centres dans lesquels ils existent. Dirigés par des spécialistes expérimentés, ils constituent d'excellents centres d'éducation pour les praticiens. Tout en gardant leur autonomie qui les soustrait à la tutelle du conseil d'administration qui préside aux destinées du dispensaire, ils ont pu s'incorporer dans l'organisation prophylactique en instituant un système de fiches identique à celui des dispensaires et en donnant aux praticiens étrangers à la consultation ou à la clinique la possibilité de faire soigner leurs malades dans ces établissements et d'y trouver, s'ils désirent les soigner eux-mêmes, des indications techniques, une aide et des conseils. Un laboratoire leur est adjoint. Bien entendu, l'adoption d'une clinique ne peut se faire qu'après enquête portant sur la moralité des médecins qui la dirigent. Quant aux subventions pécuniaires, elles sont fixées par le Conseil supérieur d'hygiène.

Distribution gratuite des médicaments stérilisants.

Ces médicaments sont jusqu'à nouvel ordre, le 606 et le 914. Ils sont distribués gratuitement à tous les malades, riches ou pauvres. Le médecin est tenu d'inscrire dans la fiche médico-sociale le nombre de doses employées. Ces fiches constituent ainsi la justification des doses utilisées. Quant aux dispensaires, consultations ou cliniques, il leur est distribué d'avance une certaine provision de médicaments pour les besoins courants et pour les cas urgents.

*
**

Grâce à ces diverses dispositions, l'on a pu, en 1922, stériliser en Belgique 17.000 malades. Elles représentent pour l'Etat une dépense d'environ 6 millions. Leur application n'est qu'à son début, mais ce début est riche de promesses. Si intelligente que soit cette lutte, elle ne suffit pas encore à toutes les exigences de la situation. L'action des pouvoirs centraux ne pouvant avoir la souplesse nécessaire pour s'insinuer dans toutes les classes de la population, pour toucher les parties les plus reculées du pays, surtout les milieux ruraux dont certains se montraient indifférents, négligeants ou hostiles, il s'est fondé une Ligue nationale Belge contre le péril vénérien. Grâce à des appuis éminents et actifs comme ceux de la reine, du cardinal Mercier, des évêques, des présidents de la Chambre et du Sénat, des autorités morales, scientifiques, politiques et sociales du pays, cette œuvre a entamé une propagande intense en faveur de la lutte antisiphililique. En un an, elle aura donné 1.000 conférences, touchant ainsi 400.000 auditeurs. C'est par milliers que l'on compte les brochures distribuées et les affiches placardées

La presse parle ouvertement de syphilis comme elle parlerait de tuberculose et ouvre une souscription nationale. Il faut, en effet, éclairer l'opinion et battre en brèche le préjugé néfaste de la syphilis, maladie honteuse. Il faut surtout faire comprendre à tous combien cette maladie est répandue et quel danger social de premier ordre elle représente. La Ligue nationale contre le péril vénérien ne s'est mise en opposition avec aucune des organisations existantes : elle a au contraire fait œuvre d'unification. C'est un organisme central qui aide et soutient les efforts de chacun. Dès le début de son activité, elle a été surprise de constater combien nombreuses étaient les œuvres isolées, sans grande irradiation parce qu'elles manquaient de ressources et surtout de direction convergente et qui sont devenues autant de centres actifs de propagande qui soutiennent et fortifient maintenant l'œuvre centrale qui les soutient. C'est bien une œuvre nationale qui réunit en un faisceau unique toutes les forces vives du pays et qui a le droit d'espérer, étant donnés les résultats déjà acquis, qu'avant dix ans, l'endémie syphilitique sera vaincue.

Des faits exposés dans les deux notes précédentes, il semble résulter que pour mener à bien la lutte anti-syphilitique en France, particulièrement dans les milieux ruraux, les Pouvoirs publics, forts de l'appui du corps médical tout entier et d'une ligue nationale active, seraient bien inspirés en instaurant les mesures suivantes :

1° Création d'un enseignement destiné à former des sérologistes particulièrement compétents sur les diverses

réactions sérologiques, les examens de liquide céphalo-rachidien, les examens hématologiques et les recherches microbiologiques.

2° Création de dispensaires prophylactiques pourvus d'un laboratoire, à raison d'un dispensaire par arrondissement. La stérilisation des porteurs de germes serait leur raison d'être principale mais il est très souhaitable que leur activité ne se borne pas à ce but et qu'elle s'efforce de traiter à fond les syphilitiques. Ces dispensaires permettraient de soigner gratuitement les malades nécessiteux et seraient ouverts aux praticiens qui désireraient y faire traiter leurs malades ou y perfectionner leur instruction personnelle. Ils constitueraient donc un organisme de diagnostic, de traitement contrôlé, et d'éducation, fonctionnant, comme cela se fait en Belgique, avec la collaboration du corps médical tout entier.

3° Distribution gratuite aux malades, par l'intermédiaire du médecin, de l'arsénobenzol ou autre médicament spirillicide coûteux. Ici, encore, l'organisation belge pourrait être imitée avec profit.

4° Education du public par une campagne de presse active, des conférences avec projections cinématographiques ou ordinaires, des tracts et brochures, des affiches, etc.

Cette éducation suppose au préalable l'éducation des éducateurs : professeurs, instituteurs, journalistes, administrateurs, maires, politiciens, prêtres des différents cultes, etc.

5° Lutte particulièrement intense contre la syphilis de

l'enfance. Cette lutte nécessite le dépistage préalable de la syphilis chez la femme enceinte que cette syphilis soit acquise ou héritée, et son traitement au cours de la grossesse, même s'il n'y a que des présomptions. Elle nécessite aussi le traitement du nouveau-né dès sa naissance. A ce point de vue, il y aurait un grand intérêt pour la race à multiplier les consultations de puériculture où, sans négliger les questions d'alimentation, de poids et d'hygiène, les médecins, préoccupés d'étiologie, rechercheraient avec soin les antécédents héréditaires, les stigmates et dystrophies, les altérations hématologiques ou toute autre tare pathologique qui les mettrait sur la voie du diagnostic. Ce diagnostic posé, ils pourraient diriger l'enfant sur le dispensaire s'ils ne veulent pas le traiter eux-mêmes.

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle, il semble certain que le grand fléau social que représente la syphilis, facteur important non seulement d'affections chroniques, de malformations congénitales et d'infirmités de toute sorte mais encore de mortalité, de mortinatalité, de fausses-couches et, peut-être, dans une certaine mesure de stérilité et de criminalité, frappe autant la population des petites villes et des villages que celle des grandes villes de France. Il est possible que sur les 27 millions de ruraux qui représentent la population des agglomérations de moins de 15.000 habitants, 4 à 5 millions soient actuellement infectés.

*
**

Si la fréquence de la syphilis rurale est méconnue par un grand nombre de praticiens de campagne et même niée par quelques-uns d'entre eux, c'est parce qu'ils se font de la syphilis l'idée d'une maladie définie par ses lésions externes ou par quelques syndrômes dont l'étiologie spécifique est reconnue par les auteurs classiques. Or, cette conception de la syphilis est incomplète. La présence de lésions externes n'a rien de néces-

saire : chez le nouveau-né par exemple elle est des plus rares. Quant au domaine nosologique de la syphilis, il est infiniment plus vaste qu'on ne le croyait jusqu'à ces dernières années. En réalité, la syphilis, infection d'abord généralisée, puis localisée, peut se traduire par la plupart des syndrômes chroniques étudiés en pathologie.

La syphilis récemment contractée et qui, d'ordinaire, se révèle par des accidents spécifiques externes est rarement observée à la campagne comme à la ville. Elle est quelquefois méconnue parce que d'un diagnostic alors difficile en l'absence de renseignements parasitologiques ou sérologiques (après le vingtième jour) que seules peuvent fournir les recherches de laboratoire. Or, les laboratoires font presque toujours défaut au praticien de campagne. De plus, le traitement d'épreuve qui efface ces lésions avec une rapidité quelquefois surprenante est rarement institué.

La syphilis acquise ancienne qui peut se révéler soit par des accidents tertiaires soit par des syndrômes classiquement spécifiques est plus fréquente. Mais infiniment plus fréquente est la syphilis acquise ancienne qui emprunte le masque d'une affection chronique quelconque dont le médecin est en général peu enclin à rechercher et à préciser l'étiologie. Il est rare que ce médecin recherche les commémoratifs relatifs à une contamination vénérienne. Il est encore plus rare qu'il fasse pratiquer ou qu'il puisse faire pratiquer une séro-réaction. Il est enfin exceptionnel qu'il observe les modifications que le traitement d'épreuve peut imprimer

soit à l'évolution des symptômes, soit, dans certains cas spéciaux, à la formule hématologique ou aux altérations du liquide céphalo-rachidien.

La syphilis héréditaire, d'une fréquence extrême, est encore plus méconnue à la campagne. Souvent latente et silencieuse pendant des années, elle est aussi nosogène sinon plus que la syphilis acquise non traitée. Son diagnostic, parfois très difficile, ne peut s'établir dans la majorité des cas que par un ensemble d'indices dont chacun, pris à part, n'a le plus souvent qu'une valeur d'orientation. Les stigmates ne sont pas constants ; bien peu sont pathognomoniques ; la plupart n'entraînent qu'une présomption. Les séro-réactions sont très souvent négatives, surtout celle de Wassermann. Le traitement d'épreuve peut donner les mêmes renseignements que dans la syphilis acquise ancienne mais ce traitement n'est institué que rarement. En revanche, l'enquête familiale, impliquée par la notion de la syphilis maladie familiale, constitue par les juxtapositions, les inductions, et les déductions qu'elle permet de faire le meilleur élément de diagnostic. Cette enquête, d'autant plus probante qu'elle porte sur un plus grand nombre de parents (ascendants, collatéraux et descendants) directement examinés par le même médecin, est plus facile à la campagne que dans les grandes villes, le groupement des familles y étant plus fréquent et le même médecin étant généralement consulté par les divers membres de la même famille.

*
* *

Etant donné qu'à l'heure actuelle le pivot de la prophylaxie antisypilitique est la stérilisation thérapeutique des porteurs de germes, il est indispensable, si l'on veut lutter efficacement contre la syphilis rurale, de rendre possible la collaboration de tous les praticiens de campagne à cette lutte.

Cette collaboration ne peut agir d'une manière utile que si les pouvoirs publics mettent à leur disposition des moyens techniques et scientifiques de diagnostic, de traitement et de perfectionnement personnel qui leur font généralement défaut à l'heure actuelle. Parmi ces moyens, les plus urgents semblent être : des dispensaires de prophylaxie et de traitement armés d'un laboratoire bien outillé; des consultations de puériculture; la distribution gratuite des médicaments spirillicides.

L'œuvre prophylactique que ces moyens permettront d'entreprendre ne peut réussir que si elle s'applique à une population préalablement avertie et éduquée, cette éducation de la masse impliquant d'abord l'éducation des éducateurs.

Vu : le Président de la thèse.

WIDAL

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,

P. APPELL

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE A. MALOINE ET FILS
